Voir résumé français à la fin du chaque rapport.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT VII.

1928.

**Adres Redakcji i Administracji „Rocznika Psychjatrycznego":
Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7.
Konto czekowe P. K. O. 6313.**

Cena niniejszego zeszzytu 15 złotych.

Voir résumé français à la fin du chaque rapport.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT VII.



1928.

Adres Redakcji i Administracji „Rocznika Psychjatrycznego“: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7.

Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 15 złotych.



PSYCHOZA SZAŁOWO-POSĘPNICZA W KAZUISTYCE SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNEJ [1])

podał
Dr. med. WITOLD ŁUNIEWSKI (Tworki).

Des Menschen Taten und Gedanken, wisst,
sind nicht wie Meeres blind bewegte Wellen.
Die innre Welt, sein Mikrokosmos ist
der tiefe Schacht, aus dem sie ewig quellen.

Hab ich des Menschen Kern erst untersucht
So weiss ich auch sein Wollen und sein Handeln.

Schiller: „Wallenstein"

Ogólny charakter uczuciowości i jej znaczenie biologiczne wpływają na to, że w mechanizmie psychologicznym czynu występnego rola przejawów uczuciowych naszej psychiki nabiera szczególnie doniosłego znaczenia.

Jako łącznik pomiędzy światem doznawania wewnętrznego i otaczającym nas światem zewnętrznym, uczucia pośredniczą w procesie przekształcania się wewnętrznych przeżyć psychicznych w akty naszego działania, stają się źródłem sił motywujących i zapędowych naszego postępowania i naszych czynów, — odgrywają przeto rolę dominującą i najistotniejszą w powstawaniu tych przejawów psychiki, które psychologja dawniejsza wyodrębniała błędnie i niepotrzebnie jako samoistną sferę życia psychicznego, a mianowicie przejawów woli.

---

[1]) Według odczytu, wygłoszonego na VII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Kocborowie.

Pozwalam sobie na próbę spolszczenia nazwy psychozy manjakalno-melancholicznej. Przymiotnik „manjakalny" pochodzi od greckiego „mainomai" = „szaleć"; mania = szał, a „manjakalny" odpowiada „szałowemu".

Melancholja znalazła już piękne tłumaczenie w staropolskiem słowie „posępnica". Wyraz ten uważam za znacznie odpowiedniejszy od używanej przez niektórych autorów „zadumy".

Posępność jest stanem uczuciowym, zaduma raczej intelektualnym.

W szczególności uczucia t. zw. wyższe biorą niezmiernie doniosły udział w tym mechanizmie kontroli, hamowania i regulowania naszych oddziaływań, który stanowi o stosunku podmiotu do otaczającego go świata, o dostosowaniu się do środowiska w sposób korzystny dla gromady. — a, jeśli chodzi o człowieka, to w sposób korzystny dla społeczeństwa i odpowiadający wymogom przyjętych przez to społeczeństwo zasad i ideałów etycznych.

Uczucia stają się przeto najistotniejszym czynnikiem socjalno-psychicznym naszego działania i decydują o tem, czy usposobienie nasze jest społeczne, altruistyczne i etyczne, czy odwrotnie.

Jeżeli życie afektywne przestępcy normalnego stanowi główny przedmiot dociekań psychologji kryminalnej, to i w przypadku czynów występnych człowieka chorego patologiczne przejawy emocjonalne zajmować muszą miejsce pierwszorzędne i wysuwają się na czoło zagadnień psychopatologji kryminalnej.

Kryminalne znaczenie patologicznych przejawów uczucia stoi w związku z ogólnemi właściwościami uczuć: z ich pobudliwością i natężeniem, z ich zabarwieniem jakościowem i czasem trwania wzruszeń.

Przedewszystkiem wchodzi tu w rachubę pewne mniej lub więcej stałe wzajemne ustosunkowanie się wrodzonych afektów pierwotnych do nabytych uczuć wyższych. Patologicznie wzmożona pobudliwość i patologicznie wzmożone natężenie uczuć pierwotnych, jak również częściej spostrzegane patologiczne osłabienie hamującego wpływu uczuć wyższych na przejawy uczuciowości niższej, wynikające z obniżenia pobudliwości i zmniejszenia natężenia uczuć wyższego rzędu, stają się przyczyną wzmożonej intensywności oddziaływania ustroju na bodźce zewnętrzne i w warunkach, sprzyjających powstaniu czynu występnego, wzmagają niebezpieczeństwo oddziaływań kryminalnych osoby chorej.

Wzmożona energja wyładowań emocyjnych sprzyja wyzwalaniu się popędów drzemiących, ujawnia afekty i nastroje, które w warunkach normalnych mogłyby być opanowane, pcha ona też reakcję osobnika chorego na tory krótkich spięć, na tory omijania ogniw hamujących i regulujących oddziaływanie po myśli wskazań rozwagi i zastanowienia.

W przypadkach niezmiernie silnego natężenia procesu uczuciowego mamy ponadto do czynienia ze zjawiskiem zaburzenia świadomości, a mianowicie ze zwężeniem świadomości przy afektywnych stanach pomrocznych, które niebezpieczeństwo oddziaływań kryminalnych wzmagają niepomiernie.

Znaczenie kryminalne przesady uczuciowej, spotykanej w histerji, w wybujałości uczuciowej i marzycielstwie pewnej kategorji psychopatów i obliczonej w znacznej mierze na efekt zewnętrzny, posiada charakter swoisty i w stosunku do stanów uczuciowych żywiołowo występujących usuwa się na plan dalszy.

Chorobliwe ogólne osłabienie życia uczuciowego w obu jego kondygnacjach ogranicza energję oddziaływania wogóle, osłabia więc eo ipso także i wpływ pobudek antysocjalnych. Jakkolwiek niebezpieczeństwo aktywnej kryminalności zmniejsza się przy osłabieniu natężenia procesów uczuciowych, stan ten rodzi inne niebezpieczeństwo, wypływające z trudności dostosowania się zobojętnionego chorego do wymagań społecznego współżycia. W wyniku tego stanu rzeczy mamy do czynienia z typem kryminalnym biernym patologicznego pasorzytnictwa, z typem włóczęgi, żebraka i t. p.

Częściowe defekty życia emocjonalnego, występujące jaskrawo w znanej postaci braku uczuć moralnych w przypadku t. zw. „moral insanity", stwarzają patologiczny typ przestępcy o szczególnem niebezpieczeństwie kryminalnem — typ charakterologiczny „urodzonego zbrodniarza".

Znaczenie kryminalno-psychopatologiczne zabarwienia jakościowego uczuć wynika stąd, że jakość uczuć wywiera duży wpływ na ogólną skłonność ustroju do oddziaływań i w dużej mierze określa ich kierunek. Uczucia o zabarwieniu przykrem stają się nieraz źródłem ciężkich powikłań socjalnych ze względu na towarzyszące im stany napięcia, które popychają chorych do poszukiwania ulgi w nagle powstających aktach wyzwolenia. Do szczególnie niebezpiecznych pod tym względem należą, jak wiadomo, uczucia niepokoju, lęku i rozpaczy, wyzwalające nagle i znienacka czyny nadzwyczaj energiczne i często bardzo groźne w swoich konsekwencjach. Właściwy tym stanom uczuciowym kierunek reakcji zaznacza się najdobitniej w skłonności do zamachu samobójczego, który — jakkolwiek sam w sobie nie jest czynem karalnym w rozumieniu naszego kodeksu karnego — prowadzi przecież nierzadko do karalnych aktów uszkodzenia mienia (podpalania) i szczególnie charakterystycznych przez ich motywację psychologiczną aktów pozbawiania życia członków rodziny własnej w znanej kryminalno-psychopatologicznej postaci t. zw. „rozszerzonego samobójstwa" lub zabijania osób przygodnie napotkanych w trudniejszych do zrozumienia przypadkach t. zw. „pośredniego samobójstwa".

Za daleko mniej groźne uchodzą uczucia, połączone z zadowoleniem, jakkolwiek i tu także wzmożone samopoczucie chorego, po-

łączone ze wzmożoną skłonnością do działania i spłaszczeniem uczuć wyższego rzędu, stwarzają warunki dość pomyślne dla czynu występnego. Przecenianie własnych swoich sił, budowanie niedających się zrealizować planów, stawianie otoczeniu wymagań i żądań niezniszczalnych, stwarzają tło, na którem wyrastają konflikty manjaka z otoczeniem. Konfliktom tym sprzyja wzmożona drażliwość chorego i skłonność do afektów gniewu, dochodząca nieraz do silnego wybuchowego natężenia.

Czas trwania afektu, sam przez się niezmiernie znamienny dla oceny patologicznego charakteru stanu uczuciowego, posiada znaczenie kryminalne o tyle tylko, że wpływa na czas trwania niebezpieczeństwa zajścia chorego w konflikt z kodeksem karnym.

Patologiczne przejawy uczuć spotkać możemy w etiologji czynu kryminalnego bądź jako mniej lub więcej stałe znamię ustrojowe osobnika, bądź jako stan chwilowy, występujący na widownię pod wpływem epizodycznych podniet. Właściwości charakteru osobnika do pewnego stopnia stałe i harmonijne, obok zmiennego stanu chwili, zależnego od wpływów samopoczucia cielesnego i psychicznego, wpływają na to, czy podda się on w danym momencie wzruszeniu społecznie pożytecznemu, czy też raczej przeważy emocja społecznie niekorzystna. Chwiejność uczuć i brak ich równowagi, występujące bądź jako cecha wrodzona, bądź pod wpływem czynników zewnętrznych — wyczerpania fizycznego, urazów fizycznych, silnych wstrząsów psychicznych i t. d. odgrywają tu bardzo ważną rolę.

Patologiczne przejawy uczuciowe, jakie spotykamy w psychozie szałowo-posępniczej, zdawałyby się odpowiadać warunkom znacznego niebezpieczeństwa kryminalnego tej postaci klinicznej. Wzmożone samopoczucie manjaków, ich euforja i lekkomyślna wesołość, obok drażliwości, zmienności nastrojów i skłonności do wybuchów gniewu z jednej strony, — złe samopoczucie melancholików z tendencją do nastrojów ponurych, do niepokoju, lęku i rozpaczy z drugiej—stwarzają grunt napozór bardzo podatny do czynów antysocjalnych. Należałoby oczekiwać, że udział psychozy manjakalno-depresyjnej w kazuistyce kryminalno-psychopatologicznej zaznaczy się silnie. Wbrew tym oczekiwaniom—praktyka psychjatryczno-sądowa wskazuje na to, że psychoza szałowo-posępnicza jest tu naogół zjawiskiem dość rzadkiem.

Badania nasze, oparte na bogatym materjale Szpitala Państwowego dla psychicznie chorych w Tworkach, w którym koncentruje się znaczna liczba psychicznie chorych podsądnych, miały na celu dokładniejsze zbadanie znaczenia psychozy szałowo-posępniczej pod

kątem widzenia jej skutków kryminalnych w związku z przestępczością chorych w innych postaciach zaburzenia psychicznego.

W okresie czasu od 1. I 1920 do 31. XII 1926 obejmującym 7 lat czynności Zakładu przybyło do Tworek ogółem 4174 pacjentów; (patrz tab. I.), z liczby tej przez organy wymiaru sprawiedliwości były skierowane do Zakładu 532 osoby, reszta przybywała zwykłą drogą, bez udziału sądów. Podsądni klijenci Zakładu stanowili 12,7% ogólnej liczby przyjętych. W poszczególnych rubrykach rozpoznań psychjatrycznych stosunek procentowy podsądnych do zwykłych nie—sądowych przypadków waha się w tym okresie czasu od 3% do 66,7%. Najwyższym jest w paranoi, w której wynosił aż 66,7%. Drugie miejsce zajmują psychozy reakcyjne, z których aż 63% należy do kategorji podsądnych, dalej idą: psychopatja ustrojowa z 60,5%, oligofrenja z 36,7%, narkomanja (alkoholizm i morfinizm) z 34%, zaburzenia psychiczne na tle padaczki z 12,7%, wreszcie schizofrenja, która przy ogromnej liczebności śród pacjentów Zakładu zaznaczyła się czynami kryminalnymi tylko w 5% przypadków leczonych. Psychoza szałowo-posępnicza zajmuje w tym wykazie miejsce przedostatnie, przewyższając co do procentowego zaangażowania się w proces kryminalny jedynie tylko psychozy infekcyjne. Na tle 338 przypadków psychozy manjakalno-depresyjnej, leczonych w tym czasie w Zakładzie, 12 przypadków tej choroby, skierowanych przez władze sądowe, zaznacza się nikłym wskaźnikiem 3,5%.

Cyfry nasze zbliżają się do cyfr świeżo ogłoszonych sprawozdań kliniki monachijskiej. Z rozdziału, opracowanego przez *Kahn'a* i poświęconego psychozie manjakalno-depresyjnej, dowiadujemy się, że z 283 przypadków tej choroby tylko 6 przybyło do kliniki dla celów obserwacji. Stanowiłoby to zaledwie 2,12% ogółu przypadków psychozy m.-d., podczas gdy w grupie psychopatji przyjęcie dla celów obserwacji dotyczyło aż 17,5%, a w grupie oligofrenji kryminaliści stanowią 17,24% ogółu przypadków.

Nieznaczna przewyżka procentowa naszej statystyki może pochodzić stąd, że nasze cyfry obejmują nietylko podsądnych na obserwacji, ale też i chorych sądownie internowanych, czego nie było zapewne w klinice w Monachjum.

W stosunku do ogólnej liczby naszych 532 przypadków sądowych—12 przypadków, rozpoznanych jako psychoza szałowo-posępnicza stanowi zaledwie 2,2% przypadków. W tab. II, przedstawiającej dane statystyczne, dotyczące podsądnych z podziałem co do rodzaju zarzucanych im czynów występnych w rubrykach pionowych

i co do rozpoznań psychjatrycznych w rubrykach poziomych, psychoza szałowo-posępnicza zajmuje 8-e z kolei miejsce, ustępując pierwszeństwa oligofrenji, schizofrenji, psychopatji ustrojowej, narkomanji, epilepsji, psychozom reakcyjnym i organicznym. Co do liczebności przypadków przewyższa ona jedynie tylko paranoję i białego kruka psychopatologji sądowej: ostrą psychozę infekcyjną. W stosunkowo niezmiernie małej liczbie 12 naszych przypadków uderza już nie tylko względna, ale absolutna przewaga kobiet nad mężczyznami.

Uprzywilejowana skłonność kobiet do psychozy szałowo-posępniczej jest faktem znanym notorycznie. *Kraepelin* liczy, że z ogólnej liczby przypadków psychozy manjakalno-depresyjnej na kobiety przypada do 70%. Kobiety zachorowują wogóle wcześniej, niż mężczyzni; przewaga kobiet zaznacza się silniej w grupie chorych młodszego wieku, maleje nieco w wieku dojrzałości, ponownie zaznacza się jaskrawo w okresie przekwitania płciowego kobiet i znów maleje w wieku podeszłym, jakkolwiek i w tym okresie życia kobiety wyraźnie przewyższają mężczyzn liczebnością w statystyce psychozy manjakalno-depresyjnej.

W statystyce naszej przewaga kobiet nie dochodzi wprawdzie do 70% *Kraepelina*, zaznacza się przecież bardzo wyraźnie, gdyż w ogólnej liczbie chorych na psychozę okrężną kobiety stanowią u nas *53,8%*.

Przewaga kobiet występuje jaskrawiej jeszcze, jeśli zważymy, że w omawianym tu okresie czasu w Zakładzie leczyło się więcej mężczyzn, niż kobiet. W ogólnej liczbie chorych przyjętych do Zakładu psychoza szałowo-posępnicza występuje wśród mężczyzn w 6,3% przypadków, u kobiet dochodzi do 10,7%. Przewaga kobiet nad mężczyznami jest zatem prawie że dwukrotna. Nie dziwiłaby nas ta przewaga, gdyby chodziło wyłącznie tylko o statystykę szpitalną i gdyby nie był także notorycznie znanym inny fakt wybitnie słabszego udziału kobiety w ogólnej statystyce przestępczości.

W materjale naszym 1 kobieta podsądna przypada na $5^1/_2$ mężczyzn. Kobiety stanowią 15,4% ogółu przypadków sądowych w stosunku do 84,6% przypadków męskich tej kategorji. Odpowiada to prawie że dokładnie stosunkom, podawanym przez kryminologów dla przestępczości obojga płci wogóle. Na podstawie rozległych statystyk praktyki sądowej *Kurella* oblicza, że wśród osób, objętych wyrokami sądów, wogóle przypada 1 kobieta przeciętnie na 5 do 6 mężczyzn. Wybitnie słabszy udział kobiet w kazuistyce psychjatryczno-sądowej zaznacza się we wszystkich postaciach chorób;

w niektórych rubrykach rozpoznań nie spotykamy ich wcale. Kobiety górują nad mężczyznami liczebnością w jednej tylko kategorji psychoz, mianowicie w psychozie szałowo-posępniczej, w której stanowią aż 58,3% wszystkich przypadków sądowych.

Wypadkowa dwuch przeciwstawiających się sobie wpływów: fizjologicznych hamulców kobiety w stosunku do czynu występnego i jej usposobienia do patologicznych zaburzeń afektywnych zaznacza zatem w materjale naszym przewagę czynnika patologicznego nad fizjologicznym.

Analogiczne zjawisko dostrzegamy także i przy innem zestawieniu sił: choroby i rasy.

O tem, że rasa stanowi czynnik niezmiernie doniosły pod względem kryminalno-antropologicznym, wiadomo powszechnie. Różne rasy ludzkie wykazują nietylko różne uzdolnienia i poziomy sił moralnych, ujawnianych przez ich udział w kulturalnym dorobku ludzkości, ale zachowują się też odmiennie w stosunku do podniet i szkodliwości, jakie działają na układ nerwowy. Statystyka porównawcza przestępczości w różnych krajach i śród różnych szczepów rasowych, zamieszkujących poszczególne kraje, ujawnia jaskrawo głębokie różnice, jakie zachodzą pod tym względem pomiędzy ludami. Wiadomo np., że Włochy zajmują pierwsze miejsce co do liczebności zabójstw, że Francja góruje nad innemi krajami co do liczebności przestępstw na tle seksualnem i daje się wyprzedzić Niemcom co do liczebności kradzieży, że słowianie górują nad rasą germańską pod względem skłonności do łamania przepisów, zabezpieczających spokój i bezpieczeństwo publiczne, jak również i pod względem skłonności do przestępstw przeciwko własności i t. p. Nie dotykając tu zawiłego pytania, czy i w jakiej mierze różnice, wykazywane przez porównawczo-rasową statystykę kryminalną zależą od warunków geograficznych, gospodarczych, politycznych i społecznych i w jakiej mierze obciążają te różnice czysty czynnik biologiczny rasowości, chcę się powołać jedynie na znany powszechnie fakt mniejszej ogólnej przestępczości rasy semickiej w stosunku do rasy aryjskiej. Polskiej statystyki porównawczej z tego zakresu nie mamy niestety; ze statystyki niemieckiej, podawanej w dziele *Wulffena*, fakt ten ujawnia się dość dobitnie. Przy podziale osób, zasądzonych za różnorodne przestępstwa w Berlinie, według ich przynależności rasowej, wypadało, że na każde 100.000 ludności chrześcijańskiej tego miasta przypadało 994 zasądzonych, podczas gdy na 100.000 mieszkańców wyznania mojżeszowego przypadało tylko 612 osób zasądzonych. Jeżeli nawet w pewnych kategorjach przestępstw, jak

np. oszustwo, żydzi górowali w Berlinie nad ludnością aryjską w stosunku 75 : 49, to udział ich w innych kategorjach przestępstw, zwłaszcza zaś w przestępstwach, wyrastających na podłożu afektywnem, jak np. opór władzy, uszkodzenie ciała i zabójstwo, był naogół nikły. Stosunek liczby osób, zasądzonych za niebezpieczne dla życia uszkodzenie ciała, w odniesieniu do 100.000 mieszkańców każdej z tych dwóch grup rasowych wyrażał się w Berlinie cyframi: 20 u żydów w stosunku do 70 u pozostałej ludności tego miasta.

Zjawisko to notowano także i w innych miastach Rzeszy Niemieckiej przed wojną. W szczególności w bliżej nas obchodzących okręgach sądowych: poznańskim, bydgoskim, kwidzyńskim i opolskim statystyka niemiecka notowała stosunki bardzo podobne. Na 100.000 ludności aryjskiej tych okręgów sądowych przypadało przeciętnie 187 przestępstw, połączonych z niebezpiecznem dla życia uszkodzeniem ciała, podczas gdy w tych samych okręgach sądowych na 100.000 ludności semickiej przestępstw tej kategorji przypadało zaledwie 69. Przy takiem samem zestawieniu udział ludności aryjskiej w kradzieżach zaznaczył się cyfrą 394 w stosunku do 66 dla ludności żydowskiej, udział zaś w oszustwach wynosi u ludności aryjskiej 24, gdy u żydów dochodził do cyfry 49. Ogólnie na 100.000 chrześcijan przypadło wyroków sądowych 1121, zaś na 100.000 izraelitów 740.

Fakt słabego udziału rasy żydowskiej w przestępstwach wogóle, a w pewnych kategorjach przestępstw w szczególności, stoi częściowo w związku ze znaną odpornością żydów na ponęty narkotyzowania się, zwłaszcza alkoholem, który odgrywa doniosłą rolę etiologiczną w wielu kategorjach przestępstw.

Z drugiej znów strony wielu autorów (jak *Pilcz*, *Siebert*, *Urstein*, *Lange* i inni, a u nas *Becker*) zwróciło uwagę na szczególną predylekcję rasy semickiej do psychoz czynnościowych wogóle, w szczególności zaś do psychozy manjakalno-depresyjnej. Niektórzy z tych autorów posuwają się tak daleko, że sądzą, iż czynnik rasowy semicki wywiera w tych psychozach wpływ patoplastyczny poniekąd, że kształtuje charakter objawów i przebieg psychoz czynnościowych żydów w sposób do tego stopnia doniosły, iż chcą mówić o „psychozie żydowskiej" (psychosis judaica).

Procentowy stosunek chorych semitów w zakładach naszych naogół przewyższa procentowy stosunek żydów w ogólnem zaludnieniu kraju. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że wśród żydów nie spotykamy prawie zupełnie psychoz alkoholowych, a porażenie postępujące rzadko, to przewaga procentowa rasy semickiej nad aryjską w psychozach czynnościowych stanie się dość jasną.

W materjale Zakładu w Tworkach chorzy żydzi stanowili przeciętnie w ciągu 7-o lecia—14,8% ogólnej liczby chorych, przebywających w Zakładzie, Przewyższa to prawie dwukrotnie odsetek ludności żydowskiej w Państwie, wynoszącej na podstawie spisu ludności 7,8%, może jednak odpowiada w przybliżeniu odsetkowi ludności semickiej na tym obszarze, z którego rekrutuje się kontyngens pacjentów Zakładu (Kongresówka i Ziemie Wschodnie). Wśród pacjentów podsądnych żydzi stanowią przeciętnie już tylko 12,9% przypadków, natomiast w grupie podsądnych z rozpoznaniem psychozy szałowo-posępniczej. odsetek żydów wzrasta aż do 41,7%.

Mielibyśmy zatem i tu do czynienia ze zjawiskiem, któreby wskazywało na to, że wypadkowa sił psychobiologicznych, działających współrzędnie w mechanizmie czynu występnego, przechyla się wybitnie w kierunku czynnika patologicznego.

Na korzyść tego wniosku przemawia nietylko ilościowa przewaga stosunkowa semitów wśród chorych, oskarżonych o dokonanie przestępstwa, ale także i jakościowe właściwości dokonanych przez nich czynów występnych. W materjale naszym nie mamy ani jednego przypadku oszustwa, mamy natomiast dwa przypadki podpalania, dokonane przez osoby pochodzenia semickiego, cierpiące na psychozę szałowo-posępniczą, jakkolwiek ten rodzaj przestępstw należy śród przestępstw ludności semickiej do niezmiernie rzadkich (0,5 na 100.000 ludności semickiej).

Fizjologiczna adaptacja rasy semickiej do warunków społecznego współżycia i fizjologiczna odporność tej rasy na pobudki do czynów kryminalnych zdają się ustępować pod naporem tego procesu psychopatologicznego, do którego rasa ta jest szczególnie usposobiona.

Wyniki tych zestawień zasługują na szczególną uwagę, jeśli przeniesiemy się myślą do innej dziedziny badań, a mianowicie do dziedziny badań antropometrycznych ostatnich czasów i zechcemy poszukać tam pewnych analogji. Zainicjonowane przez *Kretschmera* w głośnej jego książce p. t. „Körperbau und Charakter" badania konstytucji cielesnej psychicznie chorych, dały powód do zastanowienia się nad stosunkiem, jaki zachodzi pomiędzy konstytucją i rasą. Zagadnienie to, podniesione przez *Stern-Pipera* i omawiane obszernie w literaturze niemieckiej, znalazło oddźwięk u nas w pracy *Mateckiego* i *Szpidbauma*. Wyniki badań, tego zagadnienia dotyczących, zdają się przemawiać za tem, że typy konstytucyjne, wyodrębnione przez *Kretschmera*, nie pokrywają się z typami rasowemi. Typy konstytucyjne zdają się występować prawie zupełnie niezależnie od

rasy, wyemancypowują się z pod wpływu czynników rasowych; zdobywają sobie w antropometrji stanowisko do tego stopnia samodzielne, że stwierdza się je taksamo dobrze u ludności żydowskiej, jak i śród ludności rdzennie europejskiej. Typy konstytucji cielesnej uniezależniałyby się zatem od czynnika rasowego w antropometrji podobnie, jak w zestawieniu naszem momenty patologiczne uniezależniałyby się całkowicie od momentów rasowych w zakresie zjawisk życia psychicznego.

Wiek naszych 12 podsądnych wahał się w granicach dużej rozpiętości:

w wieku do lat 20	były 2 osoby
„ „ od lat 20—30	„ 3 „
„ „ „ „ 30—40	„ 2 „
„ „ „ „ 40—50	„ 4 „
„ „ „ „ 50—60	„ 1 „

Co do *stanu cywilnego* było osób samotnych 4, w stanie małżeńskim 6 i we wdowieństwie 2 osoby.

Pod względem *zajęć* zawodowych chorzy nasi dzielą się na pochodzących ze sfer rolniczych—4 osoby, na zajmujących się handlem—3 osoby, na trudniących się rzemiosłem — 2, żyjących z żebraniny—2, wreszcie 1 uczeń szkoły powszechnej.

Co do *budowy ciała* 8 osób przy ocenie wzrokowej zbliżałoby się do typu pyknicznego, jedna do typu raczej atletycznego, u 3-ch pozostałych typ nie zaznaczał się dość wyraźnie.

Co do *rozpoznania* psychjatrycznego, to u 10 osób rozpoznaliśmy psychozę szałowo-posępniczą w postaci względnie czystej i niepowikłanej, u jednej osoby w połączeniu z konstytucjonalnym stanem ciężkiego zwyrodnienia psychicznego, u jednej w połączeniu z nadużywaniem alkoholu w okresach podnieceń i rozpoczynającą się sprawą przekwitania płciowego.

Czynów karalnych dopuścili się nasi chorzy w podnieceniu manjakalnem w 8-u przypadkach, w stanie hypomanjakalnym w 1 przypadku, w stanie ciężkiej depresji w 2-ch przypadkach oraz w 1 przypadku w przerwach międzyfazowych.

Dane, dotyczące obarczenia dziedzicznego, posiadaliśmy zaledwie w 5-ciu przypadkach, w pozostałych wywiady nie zdołały wyświetlić sprawy dziedziczności.

W 3-ch przypadkach mamy doczynienia z alkoholizmem ojca, ponadto w jednym z chorobą psychiczną brata, w drugim — z chorobą psychiczną wuja. W jednym przypadku mamy do czynienia z chorobą psychiczną ojca, w jednym z konwulsjami u matki.

Dwie chore były pochodzenia nieślubnego.

Co do płodności, to na 8 osób zaślubionych przypada 23 dzieci urodzonych w związkach legalnych; płodności niektórych pacjentów, wyróżniających się ekspansją płciową obliczyć niepodobna z powodu rozwiązłości ich życia płciowego.

Z wyjątkiem 2-ch osób, co do których dokładnie tego nie dało się ustalić, wszyscy pozostali nasi pacjenci przechodzili zaburzenia psychiczne przed popełnieniem czynu występnego, który dał powód do sprawy sądowej i skierowania ich do Zakładu; niektórzy chorowali uprzednio po 4 razy i więcej; przerwy pomiędzy napadami chorobowemi bywały przeważnie długie, kilkoletnie; w jednym przypadku przerwa trwała 8 lat, w drugim—prawie 10 lat, w jednym—dochodziła, według słów chorego, do 30 lat.

Wyróżniająco słaby udział liczebny chorych, cierpiących na psychozę szałowo-posępniczą, w przestępczości niepoczytalnych psychicznie chorych nie upoważnia przecież do wniosku, że ta postać chorobowa jest sprawą niewinną pod względem socjalnym.

W cytowanem już sprawozdaniu kliniki monachijskiej *Kahn* podaje dokładniejsze dane, dotyczące powikłań społecznych w psychozie manjakalno-dcpresyjnej, a zebrane na podstawie wywiadów tych chorych. Podaje on, że na 283 przypadki tej psychozy 2 chore zajmowały się zawodowo nierządem, 41 dokonywało prób samobójczych, 18 stawało się przyczyną złego pożycia małżeńskiego, 10 urodziło się w związkach nieślubnych, 13 kobiet miało dzieci nieślubne i uprawiało niedozwolone poronienia, co zaś do przestępstw kryminalnych, to w materjale kliniki monachijskiej karalność sądowa tych chorych była notowana u 33 osób, to jest więcej, niż w 11% przypadków. Karalność dotyczyła, rzecz oczywista, chorych w okresie, poprzedzającym ujawnienie się choroby. *Kahn* nie podaje szczegółów, dotyczących rodzaju przestępczości.

Nasi chorzy mogą być podzieleni pod względem kwalifikacji prawno-karnej na 4 grupy:

a) Najliczniejszą z tych grup stanowią chorzy, którzy dokonali uszkodzenia mienia przez podpalenie. Grupa ta obejmuje 4 osoby: 2 mężczyzn i 2 kobiety. Jeden z chorych tej grupy zdołał podpalić 10 domów mieszkalnych, zanim został zaaresztowany, drugi, mieszkający na kresach osadnik wojskowy podpalił chatę gospodarza—rusina, który odmówił mu wypożyczenia konia w podróży, i z bronią w ręku przeszkadzał potem ratować palący się dom. Trzecia — kobieta podpaliła w podnieceniu szałowem swój dom mieszkalny i spaliła go doszczętnie; czwarta podpaliła stodołę.

b) Drugą grupę tworzą chorzy, pozostający pod zarzutem pozbawienia życia, względnie usiłowania zabójstwa. Należą tu dwie kobiety i jeden mężczyzna. Jedna z naszych kobiet—32-letnia cyganka w napadzie depresji powiesiła na drzewie w polu 4-o swoich dzieci w wieku od 6 miesięcy do 7-u lat. Przejmujący zgrozą obraz tej zbrodni został sfotografowany przez urząd śledczy i znajduje się w naszem posiadaniu. Druga kobieta—żona zamożniejszego gospodarza rolnego, w wieku lat 45, zdradzająca od pewnego czasu objawy przygnębienia i lęku, zerwała się znienacka nad ranem z łóżka i siekierą poraniła troje swoich dorosłych dzieci, śpiących w owej chwili w łóżkach, tak ciężko, że jeden z synów zmarł prawie odrazu, drugi — po kilku dniach, córka zaś po kilku tygodniach leczenia ledwo wyszła z życiem. Zabójczyni bezpośrednio potem rzuciła się sama w zamiarach samobójczych do studni.

Trzeci przypadek dotyczy mężczyzny 60-letniego, który w stanie hypomanjakalnego podniecenia zaprotestował przeciwko legalnemu zajęciu sprzedanego przezeń budynku i w wynikłej na tem tle sprzeczce wystrzelił z rewolweru do jednego z robotników. Kula szczęśliwie nie trafiła w ciało robotnika, przeszyła tylko jego marynarkę.

c) Trzecią grupę stanowią chorzy, oskarżeni o kradzież. Należą tu dwie kobiety i jeden mężczyzna. Jedna z tych kobiet, uprawiająca zawodowo stręczycielstwo do nierządu, dokonywała systematycznie wykradania pieniędzy z kieszeni marynarek gości, odwiedzających zamieszkałe u niej prostytutki. Niezależnie od napadów podnieceń szałowych i naprzemiennych nastrojów przygnębienia, chora ta wykazywała cały szereg znamion głębokiej degeneracji ze stałem obniżeniem poziomu uczuć moralnych i perwersjami płciowemi. Drugi przypadek dotyczył kobiety inteligentniejszej, która w stanie niezbyt silnego podniecenia manjakalnego dokonała kradzieży naczyń stołowych i bielizny stołowej w kilku hotelach i restauracjach.

Trzeci przypadek dotyczy robotnika, żyda, który po odbyciu kilkakrotnej kary za kradzież został ponownie zaaresztowany z powodu kradzieży kieszonkowej.

d) Czwartą grupę stanowią chorzy, oskarżeni o przestępstwa mniejszej wagi społecznej. Należy tu 19-letnia dziewczyna, żydówka z kresów, która w zamiarze udania się do Ameryki przyjechała do Warszawy. W związku z wyrabianiem dokumentów podróży chora wywołała awanturę w policji, wypowiedziała szereg niewłaściwych uwag pod adresem władz polskich i zrobiła szereg niepotrzebnych aluzyj w kierunku sympatji dla bolszewików, a kiedy ją zamierzano

zaaresztować stawiła czynny opór władzy. Do grupy tej zaliczyłbym też 25-letniego mężczyznę, oskarżonego o przynależność do partji komunistycznej, który, intrygując policję doniesieniami, że w miasteczku, gdzie zamieszkiwał, komuniści prowadzą ożywioną działalność agitacyjną, sam na własną rękę zawiesił 3-go maja, to jest w dwa dni po święcie robotniczem, czerwony sztandar komunistyczny na drzewie. Po zaaresztowaniu go, chory oskarżył sam siebie o przynależność do partji i wskazał policji szereg osób, rzekomo biorących w niej udział. Jakkolwiek chory ten był pociągnięty do odpowiedzialności z art. 102 k. k., to jednak najistotniejszą sprawą w jego postępowaniu było niepokojenie władz policyjnych i współobywateli donosicielstwem.

Z wyliczenia powyższego widać, że chorzy nasi co do jakości ich przestępstw nie należą do kategorji niewinnych. Do niebezpiecznych w sensie kryminalnym w wysokim stopniu należą 2 zabójczynie własnych dzieci oraz chorzy, winni podpalania. Niebezpieczeństwo chorych, winnych kradzieży, o ile dotyczy chorych, dotkniętych czystą, niepowikłaną postacią psychozy szałowo-posępniczej, nie byłoby wielkie. Ograniczałoby się ono do drobnych kradzieży, uprawianych bez głębszych intencyj wyrządzenia szkody, raczej z figlów, niż dla korzyści osobistej. Czyny występne tej kategorji nabierają większego znaczenia tylko u chorej, która obok psychozy szałowo-posępniczej, cierpi na inne zboczenia psychopatyczne o charakterze stałym i habitualnym.

Zakłócenie spokoju publicznego, opór władzy i intrygowanie władzy doniesieniami należą do kategorji przewinień lżejszych i społecznego niebezpieczeństwa nie przedstawiają.

W materjale naszym znaczny stopień niebezpieczeństwa wskutek skłonności do czynów, przejmujących grozą, wykazało 7 osób, przestępczość pozostałych 5-u chorych zaznacza się stosunkowo łagodnie i mało szkodliwie.

Uderzającym jest zupełny brak w materjale naszym przypadków przestępstw seksualnych i oszustwa, wymienianych w podręcznikach jako charakterystyczne konflikty manjaków z porządkiem społecznym, a zwłaszcza brak przypadków gwałtu na osobie i uszkodzeń ciała, które zdawałyby się tak dobrze pasować do obrazu podniecenia manjakalnego.

Opinjowanie psychjatryczno-sądowe naogół nie nastręczało trudności tam, gdzie mieliśmy do czynienia z objawami, dającemi się obserwować. Trudności przedstawiały te przypadki, u których badanie poczytalności odbywało się po minięciu objawów chorobo-

wych, jak również i te, u których czyn występny był dokonany w okresie przerw długotrwałych. Oskarżony o przynależność do partji komunistycznej mężczyzna już w kilka dni po zaaresztowaniu go uspokoił się i lekarze, wzywani kilkakrotnie w charakterze ekspertów do sądu, nie znajdowali podstaw do kwestjonowania jego poczytalności. Podstawę do należytej oceny stanu oskarżonego można było znaleźć w starannem studjowaniu akt śledztwa wstępnego i zeznaniach świadków, w następstwie zaś dopiero w złożonych później świadectwach. Cyganka, która powiesiła 4-o swoich dzieci, została poddana badaniu lekarskiemu w chwili tak znacznego złagodzenia objawów depresji, że należyta ocena charakteru klinicznego jej choroby stała się możliwą dopiero po wielu miesiącach jej pobytu w Zakładzie, kiedy wystąpiły objawy podniecenia manjakalnego. Decydującym momentem dla orzeczenia niepoczytalności była patologiczna motywacja czynu w związku z charakterem samego przestępstwa. Rozpoznanie lekarskie nastąpiło później.

Mimo wyraźnie zaznaczonych w toku obserwacji objawów psychozy szałowo-posępniczej opinja lekarska ograniczyła się do orzeczenia tylko zmniejszonej poczytalności u degeneratki, która systematycznie i planowo przeprowadzane kradzieże uprawiała w przerwach wolnych od napadów.

O ile poza temi wyjątkowemi wypadkami opinjowanie w kwestji odpowiedzialności chorych nie budziło żadnych wątpliwości, sprawa czasu przetrzymywania w Zakładzie chorych, u których napady pojedyńcze występowały po długich przerwach, nastręczała trudności dość znaczne. Chora, która podpaliła własny dom mieszkalny, zapadała z przerwami kilkoletniemi; już w kilkanaście dni po przybyciu do zakładu uspokoiła się, poczęła tęsknić do dzieci, a mąż jej, niezamożny włościanin, narażony na opłacanie kosztów internowania żony w zakładzie, ze łzami w oczach błagał o umożliwienie mu odzyskania gospodyni-żony, a dla dzieci matki-opiekunki.

Takie same względy wywoływały błagania o zwolnienie z Zakładu ze strony samej chorej i jej rodziny w przypadku chorej, która siekierą poraniła ciężko troje swoich dzieci,—po powrocie jej do równowagi, co nastąpiło po kilku miesiącach jej pobytu w zakładzie.

Kategoryczność brzmienia art. 39 Kodeksu Karnego czyni możliwem zwolnienie z Zakładu osoby internowanej w związku z dokonaniem zabójstwa i podpalenia jedynie tylko w przypadku jej wyzdrowienia.

Z naukowego punktu widzenia nie mamy dostatecznych pod-

staw do wypowiadania się o „wyzdrowieniu" z psychozy szałowo-posępniczej. W skromnym zespole opisywanych tu przypadków jest jeden, który może wystarczyć jako przestroga w tym względzie. Chory L., który w podnieceniu manjakalnem podpalił chatę włościanina, poprawił się po kilku miesiącach pobytu w zakładzie, przez dwa lata z górą nie zdradzał potem żadnych objawów choroby i wreszcie, na skutek starań żony, po 3-ch letnim pobycie w Zakładzie został jako „zdrowy" zwolniony. Na trzeci dzień po powrocie do domu chory rzucił się pod pociąg i poniósł śmierć na miejscu.

Tem nie mniej wydaje mi się, iż nie jest wskazanem ani ze względów społecznych, ani ze względu na dobro chorych, dążenie bezwzględne do tego, żeby każdy osobnik, dotknięty psychozą perjodyczną, miał pozostawać w Zakładzie do śmierci.

Patologicznie wzmożone i patologicznie jednostronnie zabarwione życie uczuciowe naszych chorych nie przestaje być zrozumiałem dla otoczenia, które je uważa za „naturalne", „umotywowane" i, jak mówi *Jaspers*, „wczuwalne". Syntoniczne tło psychiki szałowo-posępniczej sprawia, iż chorzy ci są naogół lubiani przez ich najbliższe otoczenie i wywołują oddźwięk sympatyczny w uczuciach tego otoczenia. Nawet najcięższe dramaty, powstałe na tle zaburzeń afektywnych szału czy posępnicy, nie są w stanie ochłodzić tych uczuć, a tak zwany zdrowy rozsądek nie zdoła usprawiedliwić wyroku śmierci obywatelskiej dla istot ludzkich, intelektualnie nietkniętych i uczuciowo współżyjących z otoczeniem.

Jeżeli w zwykłych przypadkach psychozy szałowo-posępniczej nie znajdujemy przeszkód do zwalniania chorych z zakładu po minięciu objawów patologicznych, mimo, że w żadnym przypadku nie mamy pewności bezwzględnej, że choroba w dalszym jej przebiegu nie ujawni się w postaci dla otoczenia niebezpiecznej, — sądzę, że nie mamy dostatecznych podstaw po temu, by inaczej traktować wolnych od napadów podsądnych. Miarodajnemi winny być tylko przesłanki lekarskie, oparte na znajomości właściwości przebiegu i częstości faz chorobowych oraz wzgląd na to, czy rodzina, która się ma chorym opiekować, ma należyte zrozumienie charakteru patologicznego okresowych zaburzeń chorego i dostateczne środki po temu, by otoczyć chorego należytą opieką i we właściwym czasie oddać go ponownie do zakładu, jeśli tego zajdzie potrzeba.

Kodeks karny nie powinien zamykać drogi do wyjścia z Zakładu ludziom, którzy wprawdzie zdrowi w absolutnem znaczeniu

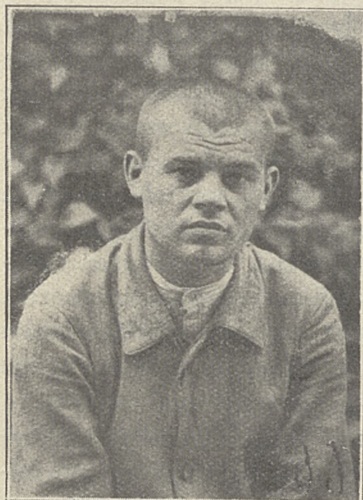
tego słowa nie są, ale względnie i życiowo mogą być dla społeczeństwa nietylko pożyteczni, ale nieraz nawet bardzo potrzebni i niezbędni.

Z KAZUISTYKI SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNEJ.

Przypadek I. patrz fotogr. № 1.

Opinja sądowo-psychjatryczna o Janie Ignacym S.

Z mocy decyzji S. O. w K. z d. 12.7. 26. został skierowany do Szpitala Państwowego dla psychicznie chorych w Tworkach dla obserwacji *Jan Ignacy S.* oskarżony wespół z 7 towarzyszami z art. 102. cz. II. K. K. o należenie do spisku, rozporządzającego skladem broni i materjałów wybuchowych, a zawiązanego w celu dokonania zamachu na ustalony w drodze praw zasadniczych ustrój państwowy Polski.



Fotogr. 1. Przyp. 1.

Z akt sprawy dowiadujemy się, że S. zgłosił się d. 30.4. 25 r. do posterunku policji państwowej w W. z meldunkiem że w W. istnieje partja komunistyczna, której członkowie przezeń wskazani zamierzają w d. 1.5. wywiesić na gmachu szkoły sztandar komunistyczny i rozrzucić wielką ilość odezw i ulotek. S. oświadczył wtedy, że i on sam był sympatykiem komunistów, ale po zapoznaniu się z ich programem odsunął się od nich. W 3 dni po tym fakcie, a mianowicie—nad ranem 3 maja 1925 r. na topoli przy drodze wiodącej z W. do K. został istotnie zawieszony sztandar czerwony z wymalowanemi na nim napisami o treści haseł komunistycznych: „niech żyje Soc. Rewolucja“, „niech żyje 1 maj“, niech żyje K. P. R. P“. Sztandar ten został przyczepiony do laski, którą, jak się okazało, S. zabrał bratu swemu Józefowi. Dla ukrycia śladów pochodzenia laski miała ona główkę odłamaną. Dalsze śledztwo ustaliło, że sztandar zawieszał na topoli S. o godz. 11-ej wieczorem d. 2 maja 1925 r. Kiedy świadek J., na którego gruncie stała topola, zaniepokojony szczekaniem psów wyszedł w nocy na dwór, spotkał S. spuszczającego się z jego topoli i gadnął go, co on o tej porze przy topoli robi, S. nie zmieszał się i odpowiedzia mu dość obojętnie: „przecież Panu topoli nie zabrałem“.

Kiedy nazajutrz po tym fakcie policja zaaresztowała S., przyznał się on bez wahania do zawieszenia sztandaru i wyjaśnił, że sztandar otrzymał od 2-ch izraelitów, których spotkał wieczorem koło kinematografu, którzy mieli mu kazać zawiesić sztandar na najwyższem drzewie.

Przy przesłuchiwaniu policyjnem S. nadmienił jednak, że to on właśnie zorganizował w W. komitet organizacyjny III Międzynarodówki, wymienił nazwiska kilku osób, które obok niego należały do komitetu i wyjaśnił, że odezwy propagandowe otrzymał od niejakiego Icka I.

Zgodnie ze wskazówkami S. policja aresztowała kilka osób, w których S. rozpoznał tych, co dawali mu sztandar, prosili o laskę i t. d, jak również tych, których S. wymienił jako członków komitetu partji. Badany w d. 4.5 25. przez sędziego śledczego S. nie przyznał się do winy należenia do partji, przyznał się natomiast do zawieszenia sztandaru za namową rzekomych komunistów: D. B. i I. Ten ostatni miał go namawiać, żeby przystał do partji komunistycznej, obiecując mu, że będzie wybrany za to na posła do Sejmu. S. zeznaje w dalszym ciągu, że, zwabiony tą obietnicą, zgodził się na zawieszenie sztandaru na topoli. Pozatem — widocznie na pytanie sędziego śledczego, zeznaje — że był on w r. 1920 w czasie służby wojskowej na oddziale umysłowo chorych, że z powodu choroby umysłowej został zwolniony z wojska, że często miewa bóle głowy i bywa mu smutno, ale ma dobrą pamięć i zdaje sobie sprawę z tego, co mówi i robi.

Badany ponownie przez sędziego śledczego d. 6.5. 25 r. S. poznaje z dowodów rzeczowych laskę, którą zabrał bratu do przyczepienia sztandaru, poznaje sztandar, który zawieszał na topoli, wyjaśniając, że poznaje go po tem, „że czuć od niego moją krwią i od sztandaru cuchnie trupem". W dalszej rozmowie z sędzią śledczym S. wyraża zdziwienie, dla czego nie wolno wywieszać sztandaru komunistycznego, skoro komunizm pochodzi od słowa „komunja", wyraża chęć zostania skutym w kajdany, gdyż chce cierpieć „za politykę", wyjaśnia, że wydał komunistów w-skich policji dla tego, że przekonał się, że nie żądają oni praw dla robotników, ale idą przeciwko wierze chrześcijańskiej. Po tycb względnie dorzecznych wyjaśnieniach S. mówi już jaskrawe niedorzeczności: mówi, że był w nocy na Jasnej Górze, że nie boi się kulomiotów, bo już umarł, poczem zaprzecza zeznaniom poprzednim, twierdząc, że sztandaru nie otrzymał od ludzi oskarżonych, ale przyniósł z tamtego świata, że żadnego komitetu komunistycznego nie organizował, mówi o sobie, że jest dyplomatą. W trakcie badania S., dostrzegłszy krzyż, wiszący na ścianie, modli się doń głośno, wnet potem przy konfrontacji ze współoskarżonym D. nazywa go cesarzem Aleksandrem Aleksandrowiczem, siebie nazywa królem mód i podpisuje swoje całe zeznanie z dn. 6.5. nie własnem nazwiskiem, lecz jako: „Jan Bonaparte". Charakter pisma tego ekscentrycznego podpisu różni się od podpisu na zeznaniu z 4. 5. większemi rozmiarami liter i zamaszystą pewnością podpisu.

Przy protokule badania S. przez sędziego śledczego z d. 6.5, spisanych zresztą jakby bona fide znajdujemy notatkę sędziego śledczego tej treści: „Na miejscu brak lekarza psychjatry, lekarz powiatowy Dr. T. chory".

Zbadana przez sędziego śledczego w d. 7.5. 26 siostra oskarżonego Kazimiera M. zeznała, że Jan Ignacy od 8-u lat jest umysłowo chory, że z tego powodu został w r. 1920 zwolniony z wojska. Choroba umysłowa ma przejawiać się tylko w miesiącach letnich. Podczas napadów choroby ma on „o byle co gniewać się strasznie". i nie pamiętać nic z tego, co wówczas mówi i robi, M. zeznaje dalej, że S. pada czasami nieprzytomny na ziemię, drętwieje, i idzie mu z ust piana. Dane zakomunikowane przez M. potwierdzają zeznania brata oskarżonego Ignacego i ojca oskarżonego Wawrzyńca, złożone sędziemu śledczemu w d. 18.5. 25 r.

Z zeznań tych dowiadujemy się, że brat oskarżonego Józef przed 13 laty chorował umysłowo i przez 3 noce był zupełnie nieprzytomny.

D. 13 maja 1925. S. znajdujący się podówczas już w więzieniu w K. został poddany badaniu lekarskiemu D-ra K. Przy badaniu tem ustalono, że S. na zadawane mu pytania „odpowiada dobrze", orjentuje się prawidłowo, ale „podnieca się silnie" przy rozmowie na temat polityczny, „mówi dużo, nerwowo i ozasami bezładnie", „na pytania w sprawach religijnych odpowiada nerwowo i z silnem podniece-

niem, z tego co mówi zdaje sobie sprąwę". Lekarz, badający S. w d. 13.5 25. doszedł do wniosku, że trudno jest orzec, czy S. jest i był chory, czy też tylko symuluje, skłania się jednak do mniemania, że S. „nie jest zupełnie zdrowy, a mianowicie cierpi na silną neurastenję z przywidzeniami".

Stanowcze orzeczenie co do zdrowia S. winien wydać zdaniem Dr. K. zakład specjalny po dłuższej obserwacji oskarżonego. Badanie poczytalności S. w trybie art. 355. U. P. K. na posiedzeniu gospodarczem Sądu Okręgowego w K. odbyło się w dwa miesiące potem dn. 17.7. 1925. S. dawał wtedy na pytania biegłych Dr. N. i Dr. K. odpowiedzi cechujące „zupełne zrozumienie jego położenia i czynów", opowiadał o atakach zaburzenia umysłowego, jakim ma ulegać wiosenną porą, o tem, że jeszcze podczas pobytu w więzieniu uległ takiemu atakowi, w trakcie którego miał podrzeć ubranie i pokaleczył siebie i innych.

Na zasadzie danych (protokularnie zresztą nieujawnionych), biegli doszli do wniosku, że „Jan Ignaey S. jest umysłowo zdrowy, odpowiedzialny za swoje czyny i takowym był też w czasie popełnienia inkryminowanego mu przestępstwa". Prawdziwość twierdzeń S. o atakach w czasie pobytu w więzieniu objektywnie sprawdzana nie była przez biegłych, ani przez dodatkowe badanie sądowe.

Biorąc pod uwagę orzeczenie biegłych, Sąd postanowił uznać S. za poczytalnego. Na rozprawie sądowej, otwartej w sprawie S. i 7-u współoskarżonych w d. 13. 4. 26 r. obrońca S. przedstawił sądowi „Wyciąg z ksiąg orzeczeń lekarskich oddziału nerwowego Szpitala Okręgowego w K. z r. 1920", z którego wynika, że Jan S. pozostawał w tym szpitalu na obserwacji od 21.4. 20. do 3.5. 20., że stwierdzono u niego wówczas podniecenie maniakalne. W początku obserwacji S. był w stanie splątania umysłowego, podniecenia, potem wypowiadał szereg urojeń, miał halucynacje wzrokowe i słuchowe. W dniu wydawania orzeczenia „sfera intelektualna była zachowana dość dobrze, zorjentowany, podniecenie minęło, pozostał wesoły nastrój, bezsenność, ogólne wychudzenie". Orzeczenie szpitala wojskowego kończy się zdaniem: „Prawdopodobnie jest to psychosis maniac. depres., które to cierpienie czyni go niezdolnym do służby wojskowej zupełnie".

Wniosek obrońcy, mający na celu przesłanie S. dla zbadania do szpitala został pozostawiony przez Sąd bez uwzględnienia na tej zasadzie, że S. był już badany przez Sąd w lipcu 1925 r., że była wtedy stwierdzona zupełna poczytalność S. i świadectwo ze szpitala wojskowego dotyczyć może objawów jego choroby umysłowej, która miała miejsce w r. 1920, a nie w czasie dokonywania czynu występnego, będącego przedmiotem rozprawy sądowej.

Rozprawa 13.4. 26. została z innych powodów odroczona na dzień 31.5. 26., a w następstwie na dzień 12.7. 26 r. Obrońca S. ponowił wniosek o odesłanie S. do zakładu psychjatrycznego celem poddania go obserwacji lekarskiej. Wniosek został przez Sąd zaaprobowany i S. został skierowany do Tworek.

Jan Ignacy S. — czeladnik kowalski z miasta W. lat 25, polak, wyznania rz. katolickiego, stanu wolnego, przybył do Szpitala Państwowego dla psychicznie chorych w Tworkach na obserwację d. 21.7. 1926 r. W czasie podróży z więzienia w K. do Tworek niczego uderzającego w zachowaniu się S. nie zauważono. Przy przyjęciu do Szpitala S. wykazuje całkowitą orjentację i zachowuje się zupełnie przytomnie. Umieszczony na sali obserwacyjnej oddziału kryminalnego S. poddaje się w zupełności regulaminowi tego oddziału i zachowuje się przytomnie przez cały czas trwania obserwacji w Zakładzie. S. udziela nam przy badaniu następujących wywiadów. Ojciec jego, mający obecnie lat 66, ma być „nałogowym pijakiem", po trzeźwemu jest nieco „narwany", po pijanemu bywa awanturnikiem, bije swoich do-

mowników, zdarzało się, że rzucał się na nich z nożem. W stanie znaczniejszego upojenia zdarzało się, że ojciec S. miał wyskakiwać na ulicę nieprzytomny, klękać przed ludźmi i furmankami. W stanie silniejszych upojeń miał widywać djabła i t. p. Dziad badanego ze strony ojca i jeden ze stryjów badanego mieli również ulegać pijaństwu. Matka badanego i cała jej rodzina ma być zdrowa i zboczeń psychicznych nie wykazuje.

Badany jest 3-em dzieckiem z rzędu z ośmiorga rodzeństwa. Najstarszy brat jego Józef, mający obecnie lat 34, miał przed kilkunastu laty chorować na ostre, trwające kilka tygodni zaburzenie umysłowe, podczas którego tłukł szyby, uciekał, ordynarnie wymyślał, dużo mówił, płakał, modlił się, śpiewał, tańczył. Drugi z braci oskarżonego Piotr ma mieć przytępiony umysł. Reszta rodzeństwa ma być zdrowa.

Badany wychowywał się przy rodzinie w W., regularnej nauki nie pobierał. O chorobach przebytych w dzieciństwie badany informacji udzielić nam nie może. Podaje, że w pierwszych latach wojny miał ulec wypadkowi potłuczenia się, w roku zaś 1916 lub 1917 miał ulec zaburzeniu psychicznemu, podczas którego był bardzo smutny, przygnębiony i zahamowany. Był wtedy u jakiegoś lekarza wojskowego, który tę jego chorobę miał nazwać „zasłupieniem". Z okresu tej choroby pamięta tylko tyle, że austrjaccy żołnierze, których spotykał wtedy na ulicach, wydawali mu się djabłami, że trapiła go ciągle myśl, że jest grzesznikiem, że spędzał długie godziny w kościele, nie chciał przyjmować pokarmów, gdyż wydawało mu się, że są szkodliwe, wreszcie miał jakieś złudzenia słuchowe: zdawało mu się, że słyszy głosy, wołające o ratunek. Choroba miała trwać około 6-u miesięcy. W dwa lata potem choroba ta, jak podaje badany, miała się powtórzyć i trwać znowu przez kilka miesięcy.

W r. 1916 badany miał przechodzić tyfus i w tymże roku miał wstąpić do wojska. Po kilkomiesięcznej służbie wojskowej, wiosną 1920 r. badany miał znowu zapaść w chorobę psychiczną, która tym razem przebiegała w postaci wesołego podniecenia. Badany przypomina sobie pewne szczegóły z tego okresu, pamięta, że z Radomska odwożono go do szpitala wojskowego w Kielcach, że ze szpitala uciekł na miasto, robił jakieś niepomiernie wielkie zakupy, na które nie miał pieniędzy, pamięta, że nazywał się królem polskim, mówił, że ma wiele złota, że zastawił gdzieś swoje wojskowe kamasze i boso został odstawiony do koszar. Przypomina sobie, że w tym okresie czasu dużo śpiewał i tańczył; wogóle był bardzo ruchliwy. Chorobliwe podniecenie psychiczne badanego miało trwać wtedy około 2 do 3-ch miesięcy, po upływie których powrócił do równowagi. Z wojska został zwolniony, ale w r. 1922 powołano go ponownie do wojska i zwolniono go definitywnie dopiero w grudniu 1923 r. Chorobliwe podniecenie psychiczne ze wzmożonem samopoczuciem, skłonnością do figlów i natłokiem myśli badany miał przechodzić po raz drugi w r. 1921, potem po raz 3-ci w r. 1923 czy 1924, i wreszcie ostatnio w kwietniu, maju i czerwcu 1925 r. Badany nie pamięta wielu dat i szczegółów z okresu podniecenia, pamięta jednak, że w końcu kwietnia 1925 r. wstąpił jako robotnik do fabryki, że pewnego dnia urządził jakąś awanturę magazynierowi fabrycznemu, podczas której zamierzył się na magazyniera nożem. Pamięta, że przyszła mu do głowy myśl, że powinien zająć się walką z komunistami i wydać ich władzom, jako propagatorów bezbożności, że z taką myślą zgłosił się do policji ze swoim meldunkiem o zamierzonem rzekomo wywieszeniu sztandaru w d. 1 maja, pamięta że nazajutrz potem, a mianowicie 1 maja 1925 pojechał do K. bez biletu, że z tego powodu został zatrzymany na kolei, a w następstwie oddany pod sąd, pamięta, że w K zwracał się do urzędu pośrednictwa pracy z zapytaniem o pracę dla siebie. Badany pamięta, że 2.5. 26 r. był jako strażak na dyżurze w kinematografie, że tam spotkał

jakichś izraelitów, którzy mu proponowali zawieszenie sztandaru, że chętnie się na to zgodził, potem zaś, kiedy go zaaresztowano i zażądano wskazania osób, które go do zawieszenia sztandaru namawiały, wskazał policji bez żadnego zastanowienia się nad tem te pierwsze lepsze nazwiska, które mu na myśl przyszły. Po zaaresztowaniu badany miał być, jak twierdzi, jeszcze przez kilka tygodni podniecony. W więzieniu w K. miał kilkakrotnie robić awantury, miał podrzeć swoje ubranie, popsuć piec, wymazać ściany swojej celi błotem, w czasie przechadzek wchodzić na drzewa, dopuszczać się całego szeregu wykroczeń w stosunku do regulaminu więziennego. Uspokojenie po tym ostatnim napadzie podniecenia miało nastąpić dopiero w lipcu 1926 r.

Nie mamy możności sprawdzenia w całej rozciągłości tego, co nam badany mówił o sobie i napadach, jakim ma ulegać, niektóre dane odpowiadałyby temu, co znajdujemy w aktach sprawy, całość wydaje się prawdopodobną.

Badany jest mężczyzną wzrostu średniego, prawidłowo zbudowanym. Budowa czaszki i twarzy nie przedstawia nic osobliwego. Twarz, o kształcie zbliżonym do kwadratu, o podbródku tępym. Muszle uszne nieco odstające, zraziki uszne przyrośnięte. W narządach wewnętrznych zmian wydatniejszych nie stwierdzamy. Tętno 84. Uwłosienie dość obfite. Dermografizm czerwony. Źrenice rozszerzone, równe, reagują na światło prawidłowo. Odruchy spojówkowy i gardzielowy zachowane. Odruchy ścięgnowe kończyn górnych i dolnych żywe. Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane. Czucie skóry bez zmian patologicznych. Odczyn Wassermana z krwi dał wynik ujemny.

Badany jest zorjentowany, przytomny i ma obecnie zupełną świadomość tego, co się dzieje w nim i koło niego. Intelekt badanego nie zdradza patologicznych uchyleń od normy. Rozumuje on tak, jak rozumuje bardzo wielu ludzi. Wiadomości jego szkolne odpowiadają poziomowi jego wykształcenia szkolnego, może go nawet w wielu dziedzinach przewyższają. Interesuje się on zagadnieniami społeczno-politycznemi, wypowiada w tych sprawach frazesy oklepane, nie zdając sobie sprawy z niedostatecznego przygotowania do wypowiadanych sądów. Wiadomości jego są niedokładne (np. sądzi on, że w ustroju Państwowym Polski Senat jest wybierany przez posłów do Sejmu, a rząd składa się z „dyplomatów", desygnowanych przez Sejm), sądy powierzchowne (w Polsce jest źle dla tego tylko, że konstytucja nie jest przestrzegana. Nieposzanowanie konstytucji wyraża się w nadużyciach urzędników, w tem, że inwalidzi nie otrzymują nadziału ziemi, a byli żołnierze, jak on, nie mogą znaleść pracy, wreszcie w tem, że kontrolerzy więzień nie odwiedzają ich znienacka, lecz zapowiadają zawczasu swój przyjazd i. t. p.). Badany jest gadatliwy; jakkolwiek dziś gonitwy wyobrażeń nie ujawnia, to jednak uwaga jego nie jest dostatecznie trwała i czujność jej jest nieco wzmożona. W wyniku tego stanu uwagi odpowiedzi badanego stają się nieco chaotyczne. Dane, jakie nam badany udziela o swojej przeszłości i swojej sprawie, nie są dokładne i ścisłe, często trzeba je poprawiać, nieraz musi badany odwoływać to co opowiedział.

Sfera uczuciowa badanego nie wykazuje w czasie obserwacji zboczeń patologicznych jaskrawych; nastrój badanego jest dobry i sytuacji jego objektywnej odpowiada w zupełności. W dziedzinie przejawów ruchowych osobliwości patologicznych nie dostrzegamy.

Na zasadzie danych powyższych wydaje się rzeczą bardzo prawdopodobną, że Jan Ignacy S. jest osobnikiem o ustroju psychicznym t. zw. cyklotymicznym. Zdaje się być rzeczą bardzo prawdopodobną, że na tle tego ustroju występują u S. okresowo jaskrawsze zaburzenia psychiczne, znane pod nazwą psychozy szałowo-

posępniczej (psychosis maniaco-depressiva). Z danych, znajdujących się w aktach sprawy, wnosić można, że w jednym z okresów podniecenia szałowego pozostawał S. w maju 1925 r. Charakterystyczne przejawy tego podniecenia zaznaczają się w dniu badania go przez sędziego śledczego 6.5. 25 r; wydaje się rzeczą bardzo prawdopodobną, że podniecenie to zarysowało się w psychice S. już na kilka dni przedtem i istniało w szczególności także i w dniu 2.5., kiedy S. wieszał na topoli sztandar komunistyczny. Charakterowi chorobliwego podniecenia maniakalnego odpowiadałoby też w świetle tych danych zgłoszenie się S. do policji w d. 30.6. 25 r.

Ze słów S. należy wnosić, że pozostawał on w stanie podniecenia maniakalnego do lipca 1925 r. Objektywnych danych co do tego nie posiadamy, gdyż śledztwo tego nie badało. Rozstrój psychiczny, jakiemu S. według dużego prawdopodobieństwa ulegał w końcu kwietnia i w maju 1925 nie pozwalałby mu należycie rozumieć istoty i znaczenia dokonanych w tym okresie czasu czynów, jakoteż kierować swojem działaniem w tym okresie czasu.

Zachodzi pytanie, czy S. nie stał się winnym występnego należenia do spisku, mającego na celu zamach na ustalony w drodze praw zasadniczych ustrój państwowy Polski, w okresie poprzedzającym wybuch jego podniecenia maniakalnego. Akta sprawy nie dają nam co do tego dostatecznego materjału dowodowego. Sądzimy, że nawet w tym przypadku, gdyby przynależność S. do partji komunistycznej przed wybuchem napadu podniecenia maniakalnego była dowiedziona, byłyby podstawy do sądzenia, że brak równowagi psychicznej u osobnika, dotkniętego psychozą szałowo-posępniczą, usprawiedliwiałby wniosek o ograniczeniu możności kierowania swojem działaniem u S. nawet w okresie przerw pomiędzy napadami choroby. Trudniejszą do oceny jest sprawa wartości dowodowej zeznań S. jako świadka w sprawie. W stanie podniecenia maniakalnego S. mógł oskarżać o należenie do partji komunistycznej osoby niewinne, mógł jednak przez niepohamowaną gadatliwość patologiczną ujawnić niedyskretnie i istotnych członków partji, jeżeli o tem cośkolwiek przed chorobą wiedział. Zasadniczo rzecz biorąc, zeznania S. same w sobie, o ile nie są poparte innemi danemi, jako dowód prawdy wobec sądu traktowane być nie mogą.

Pozostaje jeszcze sprawa niebezpieczeństwa S. dla otoczenia. Przebieg okresowych zaburzeń psychicznych S. do roku 1925 nie zaznaczył się czynami, któreby zagrażały niebezpieczeństwem z jego strony. Zachowanie się w końcu kwietnia i w maju 1925 r. mogłoby nasuwać myśl o jego niebezpieczeństwie, wyrastającem ze skłonności do czynów, niepokojących oficjalne organy porządku prawno-państwowego, jak to się zaznaczyło w pochopnem wieszaniu sztandaru na żądanie komunistów lub nawet ze skłonności do niepokojenia władz i krzywdzenia współobywateli, gdyby zeznania jego co współoskarżonych okazały się zgoła zmyślonemi.

Jakkolwiek niebezpieczeństwo S. dla otoczenia w tem znaczeniu dałoby się może uzasadnić, sądzimy że stopień tego niebezpieczeństwa dotychczas przynajmniej ujawniony nie jest na tyle jaskrawy, żeby zachodziła potrzeba umieszczenia S. w Zakładzie psychjatrycznym po myśli cz. II. § 39 K. K. i że narazie wystarczałaby odpowiedzialna opieka nad nim ze strony rodziny

Reasumując wywody powyższe, wnosimy, że Jan Ignacy S. z powodu rozstroju psychicznego, w jaki popada co pewien czas, jest wogóle osobnikiem ograniczonym w rozumieniu znaczenia dokonywanych czynów i w możności kierowania swem działaniem, w kwietniu zaś 1 maju 1925 r. w związku z przebytym w tym okresie czasu napadem podniecenia szałowego nie rozumiał istoty i znaczenia zarzucanych mu czynów występnych i nie mógł kierować swem działaniem. W okresie podnieceń szałowych

S. może się stać niebezpiecznym dla otoczenia i winien z tego powodu pozostawać pod opieką i nadzorem odpowiedzialnym rodziny.

Zeznania S. jako świadka nie mają wartości dowodowych.

Przyp. 2.

A. Sz., żona zamożniejszego gospodarza rolnego, kobieta 45-letnia, wstawszy nad ranem około 6-ej dn. 11.V.1923 r., chwyciła siekierę i poczęła bić nią swoje śpiące jeszcze w łóżkach dorosłe dzieci. Na skutek zadanych siekierą ran głowy i ciała 24-letni syn Sz. Leon zmarł w kilka godzin po wypadku, drugi syn 18-letni Adolf zmarł po 8-u dniach. 20-letnia córka Janina odniosła ciężkie rany czaszki i mózgu, z których wyleczyła się po kilku miesiącach. Po dokonanej zbrodni Sz. wybiegła na podwórze domu i skoczyła do studni, skąd została wydobyta bez szwanku. Oskarżona motywowała swój czyn rozpaczą, w którą popadła pod wpływem niepomyślnej tranzakcji zamiany majątku. Zdawało się jej, że niepowodzenie materjalne przyprawia całą jej rodzinę o obłęd, że synowie stają się złodziejami, córka—prostytutką. Postanowiła zabić dzieci, żeby się nie męczyły i odebrać życie sobie samej. Z danych śledztwa wynikało jasno, że Sz. zapadła psychicznie na kilkanaście dni przez wypadkiem, że zaburzenie psychiczne nosiło wyraźne cechy przygnębienia posępniczego, połączonego ze stanami lęku. Z wywiadów wiadomo było, że Sz. w pewnych okresach jej życia epizodycznie nadużywała alkoholu. Obserwacja zakładowa stwierdziła stan posępniczy mieszany: obok nastrojów lęku i przygnębienia, Sz. zdradzała skłonność do samooskarżania się, zarazem jednak stwierdzić można było u niej niepokój ruchowy, tendencje do uciekania bezmyślnego i pewną teatralność w zachowaniu się. Pierwotnie sądziliśmy, że mamy do czynienia z napadem melancholji alkoholowej u kobiety w okresie przekwitania płciowego. Dwuletni pobyt chorej w Zakładzie, gdzie została internowana po uznaniu jej przez Sąd za niepoczytalną nie usunął całkowicie wątpliwości rozpoznawczych, skłania nas jednak do mniemania, że Sz. cierpi na psychozę szałowo-posępniczą. Sz. doszła w Zakładzie do zupełnej równowagi, po pewnym czasie nastrój jej przesunął się w kierunku dodatnim, zaczęła pisywać wiersze, jakich nie pisywała przedtem nigdy, ujawniać ożywioną działalność. Z wywiadów otrzymanych od samej pacjentki, można było wnosić, że miewała ona dawniej okresy wzmożonego samopoczucia, w których obok pogoni za zabawami dopuszczała się ekscesów alkoholowych. Podniecenia manjakalne chorej trzymały się w granicach lekkiej hypomanji, nie rozumianej należycie przez jej otoczenie. Chora wykazywała budowę ciała pykniczną. Napad przygnębienia, w którym chora dokonała zbrodni, zdaje się być pierwszym w jej życiu i może stać w związku z momentem przekwitania płciowego.

Przyp. 3. (Fotogr. Nr. 2).

S. L.,—lat 25—osadnik wojskowy na Kresach—przechodził kilkakrotnie podniecenia szałowe, po których powracał do normy. Podczas jednego z takich podnieceń L. udał się swojemi końmi na przejażdżkę. W odległości kilku kilometrów od domu zatrzymał się we wsi i zażądał od włościanina rusina koni do dalszej podróży, gdyż własne jego konie były zmęczone zbyt forsowną jazdą. Spotkawszy się z odmową, wpadł w gniew, zagroził włościaninowi, że go zabije i na oczach sterroryzowanego gospodarza podpalił jego chatę. Internowany w zakładzie

poprawia się po kilku miesiącach, poczem w ciągu 2-ch lat bez przerwy zachowuje zupełną równowagę. Zwolniony na żądanie rodziny i za zgodą Sądu z zakładu L. na trzeci dzień po powrocie do domu zapada w stan depresji rzuca, się pod pociąg i ponosi śmierć na miejscu.



Fotogr. 2. Przyp. 3.

Przyp. 4. (patrz fotogr. Nr. 3 i 4).

M. D. 32-ch letnia cyganka, w nocy z 11 na 12.XII. 1923 r. powiesiła na drzewie w polu czworo swoich własnych dzieci w wieku od 6 miesięcy do 7-u lat. Nazajutrz po tym wypadku D. zgłosiła się sama do policji. D. motywowała swój czyn w ten sposób, że, zostawszy po zaaresztowaniu jej męża i po rozproszeniu się bandy cygańskiej, do której należała, bez środków do życia, chciała swoje dzieci uratować od śmierci głodowej. Trudności zebrania danych, dotyczących osoby i przeszłości D, która całe swoje życie spędziła koczowniczo, wpłynęły na to, że materjał śledztwa nie wyświetlił należycie psychopatologicznych właściwości oskarżonej. Sam charakter zbrodni nasunął sądowi wniosek poddania jej obserwacji psychjatrycznej. Obserwacja zakładowa stwierdziła, że D. jest naogół ograniczona umy-



Fotogr. 3. Przyp. 4.

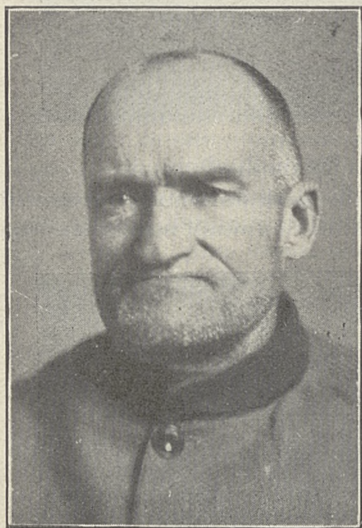


Fotogr. 4. Przyp. 4.

słowo, że pozostaje w stanie niezbyt zresztą głębokiej depresji, połączonej z apatją, jest zahamowana, miewa halucynacje wzrokowe i wypowiada urojenia, że djabeł zmusił ją do powieszenia dzieci a teraz czyha na jej własne życie. D. została uznana za niepoczytalną i internowana w Zakładzie. Około roku D. pozostawała w Zakładzie w stanie prawie niezmienionym. Charakter szałowo-posępniczy jej cierpienia psychicznego ujawnił się dopiero z chwilą wybuchu typowego podniecenia szałowego, które rozpoczęło się w połowie 1926 i trwa dotychczas, choć już wyraźnie słabnie. Nie ulega wątpliwości, że D. dokonała zbrodni w stanie przygnębienia melancholicznego, które jednak w okresie jego trwania nie zaznaczyło się dość wyraźnie i nosiło pozory fizjologicznej reakcji emocjonalnej. Czyn zbrodniczy cyganki D. był psychopatologicznie próbą dokonania rozszerzonego samobójstwa, którego chora nie doprowadziła do końca.

Przyp. 5. (Fotogr. Nr. 5).

A. S., obywatel ziemski lat 60, został oskarżony o usiłowanie zabójstwa najemnika, który w imieniu i z polecenia prawnego nabywcy jednego z budynków gospodarczych S., przybył do pracy przy rozbiórce budynku. S. po awanturze strzelił do najemnika, nie raniąc go zresztą.



Fotogr. 5. Przyp. 5.

Z akt sprawy wynika wyraźnie, iż S. jest osobnikiem o stałym nastroju hypomanjakalnym, dopuszczającym się od wielu lat ekscesów seksualnych, rozrzutnym hulaką, pędzącym życie bez planu.

S. miał w swojem życiu szereg awantur na tle życia seksualnego o przysmaku romantycznym, ożenił się ze swoją służącą, procesował się wciąż z sąsiadami, doprowadził do ruiny fortunę, odziedziczoną po rodzicach; kilkakrotnie przebywał w młodszym wieku w zakładach psychjatrycznych w okresach silniejszych podnieceń manjakalnych.

S. jest drażliwy, łatwo pobudliwy, stale ma skłonność do dowcipkowania, jest wysokiego mniemania o sobie, o swojej inteligencji i talentach, układa wiersze, któremi zapisuje stosy zeszytów.

Z danych, osiągniętych od samego chorego, wnosić można, że miewa on obok podnieceń manjakalnych także i perjodyczne depresje. Czyn karalny, który stał się powodem do internowania S., wypływał w znacznej mierze z zewnątrzpochodnego podrażnienia, ogólnie bowiem chory nie wykazywał skłonności do czynów dla otoczenia niebezpiecznych podczas swych przewlekłych stanów hypomanjakalnych.

Przyp. 6.

J. W., właścicielka kawiarni i handlarka, w wieku lat 46, oskarżona o skradzenie w dniu 20. IV 1924 lornetki i 100 tysięcy marek z kieszeni p. S., który nocował u niej jako gość lokatorki F. Z. Podczas rewizji osobistej u W. znaleziono

większą sumę pieniędzy, rozmaite kosztowności i 2 książeczki wojskowe p. S. Podsądna wyjaśniła, że książeczkę wyciągnęła z kieszeni p. S., a lornetkę miała otrzymać za nocleg. Sąd pokoju w Warszawie odroczył sprawę W. aż do czasu zbadania jej zdrowia przez psychjatrę.

Podsądna pochodzi z rodziny alkoholików, wychowanie otrzymała bardzo niedbałe i już w 12 roku życia służyła za niańkę, potem była robotnicą w fabryce, a w 16-tym roku wyszła zamąż. Mąż jej był też pijakiem nałogowym, pożycie małżeńskie było złe, dzieci miała rzekomo 7-mioro. W kilka lat po ślubie W. uciekła od męża z kochankiem zagranicę. Tam podobno kilka razy chorowała psychicznie. Po zerwaniu z kochankiem i powrocie do kraju utrzymywała się z różnych brudnych procederów, była złodziejką i prostytutką oraz utrzymywała mały dom publiczny. Od młodości dostaje podobno jakichś ataków kurczowych, a po 2-gim i 3-cim porodzie miała leczyć się z tego powodu w Kochanówce. Pozatem, jak widać z akt sądowych, W. była w 21 roku u Jana Bożego i 2 razy w Tworkach: od 3. V 21 do 2. VIII 21 i od 15. IX 21 do 5. XII 21. Karana była za kradzież dwa razy: w roku 1918 i 1919.

Podsądna jest kobietą o budowie pykniczno-atletycznej. Brak odruchów spojówkowych i gardzielowego, osłabienie czucia na zewnętrznej i tylnej powierzchni prawej kończyny dolnej.

Pod względem psychicznym podsądna ma orjentację zachowaną, uważa się za umysłowo zdrową, lecz przyznaje się do tego, że łatwo się unosi, a w uniesieniu może pobić. Opowiadając o swych przejściach życiowych, wykazuje silną afektację.

W szpitalu z początku jest niezadowolona z warunków, wymyśla lekarzowi i siostrze brudnemi wyrazami, bezcześci władze polskie, śpiewa nieprzyzwoite piosenki. Zachowanie się takie narastało stopniowo w sile aż do bicia szyb i darcia bielizny, stukania do drzwi, hałasowania po nocach i smarowania kałem. Stan taki trwał od listopada do grudnia 1921. W ciągu grudnia zachowanie się zmieniło, uspokoiła się znacznie i zaczęła nawet pomagać pielęgniarkom. W styczniu 1922 r. zaczęła narzekać na przedłużający się pobyt w szpitalu stała się smutna, przeważnie przebywała w łóżku, uskarżając się na ból głowy. Napadów padaczki, o których podaje podsądna, obserwacja nie wykryła.

Na mocy wyżej podanych wywodów zakwalifikowano W. w opinji psychjatrycznej, wydanej 28. I 1922 r., jako degeneratkę o słabym rozwoju umysłowym, z nałogowym pociągiem do alkoholu; na tem tle od czasu do czasu W. dostawała krótkotrwałego rozstroju psychicznego, przypominającego stany manjakalne i depresyjne. Co do szeregu kradzieży, dokonanych przez W., to, wziąwszy pod uwagę wszystkie powyżej wymienione defekty psychiczne, można przyjść do wniosku, że, chociaż podsądna rozumiała istotę karygodnego czynu, nie mogła dostatecznie rozumieć jego znaczenia, zdolność zaś kierowania czynami była u niej ograniczona.

Przyp. 7.

R. W., wdowa, wyznania mojżeszowego, w wieku lat 45, została oskarżona o zabranie w lipcu 1923 w pewnej restauracji w mieście Ł. platerowanych nakryć stołowych. Przy rewizji pakunków podsądnej znaleziono schowane między bielizną i odzieżą platerowane noże z wyrytą na nich firmą hotelową. W. nie przyznała się do winy i zeznała, że od czasu śmierci męża zmuszona jest zarabiać na swoje utrzymanie handlem, obecnie handluje kosmetykami, a platery kupiła przypadkowo od nieznajomej żydówki; chociaż wiedziała, że pochodzą z kradzieży, musiała kupić je dla sprzedaży, ażeby móc popłacić długi. Okradzeni właściciele restauracji i po-

sterunkowy podali, że W., przychodząc do jadłodajni, zaczepia gości i zachowuje się nieprzyzwoicie oraz objawia urojenia wielkości.

Na podstawie orzeczenia biegłego, W. została dostarczona na obserwację do Tworek dnia 30. X 1923 r. Podczas przyjęcia podsądna podaje o sobie co następuje: ojciec jej zmarł jako chory umysłowo; po śmierci rodziców wychowywała się u krewnych, uczyła się w szkole, ale jej nie ukończyła. Po raz pierwszy zachorowała umysłowo w wieku lat 16 i leczyła się wtedy w szpitalu, bywała wtedy o tyle niespokojna, że przywiązywano ją do łóżka. W wieku lat 22 wyszła zamąż, miała jedno tylko dziecko, które zmarło. Chorowała ciężko na kamicę nerkową i wątrobową. Gdy mąż chorej dostał ataku apoplektycznego, a potem raka wątroby i umarł, W. znów zachorowała umysłowo, nie myła się i nie ubierała, kilka razy chciała sobie życie odebrać; stan taki trwał od dwóch do trzech lat. Potem stan się polepszył, podsądna znalazła posadę, od maja zaś 1923 postanowiła zająć się samodzielnym handlem najpierw artykułami spożywczemi, potem kosmetykami. W lipcu 1923 dokonała wyżej opisanej kradzieży.

Pod względem fizycznym podsądna kobieta średniego wzrostu, średniej budowy, dobrego odżywienia, poza lekkiem osłabieniem działalności mięśnia prawego wewnętrznego gałki ocznej, wygładzenia prawej fałdy nosowargowej i brakiem odruchów brzusznych i podeszwowych, innych odchyleń od normy nie wykazuje. Pod względem psychicznym jest dobrze zorjentowana. Do winy nie przyznaje się, wszystko co było w walizce, stanowiło, jej własność, a w walizce tej były rozmaite rupiecie, stare korki, puste pudełka od zapałek, ćwieki, połamane podkówki i butelka likieru, W. gestykuluje dużo przy mówieniu, łatwo przechodząc od przesadnej wesołości do ubolewań i płaczu. Na oddziale jest podniecona, biega, śpiewa, tańczy, dużo mówi wymyśla lekarzowi i chorym, wywołuje bójki. Oskarża personel, że traktuje ją jak prostaczkę, a ona przewyższa otoczenie intelektualnie, moralnie, społecznie i materjalnie. Sypia źle, w nocv też bywa niespokojna.

Stan obecny chorej nie budził wątpliwości, co do tego że w okresie obserwacji jest ona manjakalnie podniecona. Dane anamnestyczne przemawiały dość przekonywująco za tem, że W. cierpi na psychozę manjakalno-depresyjną. Z zeznań świadków wnosić można było, że i w chwili dokonywania zarzucanych jej kradzieży W. była chora psychicznie i pozostawała w początkowym okresie podniecenia manjakalnego, które rozwinęło się później wyraźnie. Nie było co do tego wątpliwości, że W. w chwili dokonywania zarzucanych jej czynów występnych ani nie mogła kierować swem działaniem, ani nie mogła rozumieć znaczenia dokonywanych czynów.



Fotogr. 6. Przyp. 8.

Przyp. 8. (Fotogr. Nr. 6).

J. M. lat 22, wyznania mojżeszowego, syn zamożniejszego kupca z Wołynia, był umieszczony w Kulparkowie z powodu pierwszego podniecenia manjakalnego. Po kilku miesiącach pobytu w zakładzie M. doszedł do równowagi i został zabrany do domu.

W kilka miesięcy po powrocie do domu M. zapada ponownie i w czasie podniecenia manjakalnego bez żadnej racji zewnetrznej, poprostu „dla żartu" podpala domy. W ciągu kilku dni M. wywołał 10 pożarów w miasteczku i pobliskich wioskach. Internowany przez Władze Sądowe w Tworkach M. przehodzi tu kilkakrotnie ostre podniecenia szałowe naprzemian z przygnębieniami o typowym charakterze manjakalno-depresyjnym.

STANY POKREWNE W INNYCH GRUPACH ROZPOZNAŃ.

Zadziwiająco niski odsetek przypadków psychozy szałowo-posępniczej wśród kryminalnych pacjentów zakładu nasuwa myśl o poszukiwaniu pierwiastków cyklotymicznych śród przypadków zaliczonych do innych grup rozpoznań.

Próba tego rodzaju znajduje usprawiedliwienie we właściwościach tej klasyfikacji chorób psychicznych, jaką posiłkujemy się w naszych zestawieniach statystycznych, a mianowicie we właściwościach klasyfikacji *Kraepelina,* która nie opiera się na jednolitej zasadzie logicznej. Ironiczna uwaga *Pophala,* któremu klasyfikacja chorób, biorąca za podstawę podziału równocześnie i etiologję i anatomję patologiczną i jeszcze w dodatku symptomatologję, nasuwa myśl o człowieku, któryby dzielił ludzi na europejczyków, czarnych, jaroszów i homoseksualistów, odnosi się w pierwszym rzędzie do tej klasyfikacji.

Przypadki, kiedy rozpoznania nasze chwieją się do tego stopnia, że poszukujemy ratunku w t. zw. „psychozach mieszanych", nie należą do rzadkości, zwłaszcza w psychjatrji sądowej. Jeżeli dla uniknięcia niebezpieczeństwa zupełnego chaosu w zestawieniach statystycznych zakładu musimy unikać tego sposobu i staramy się rozgraniczać nasze rozpoznania, mamy prawo powołać się na to, że są one przy dzisiejszym stanie nauki jeszcze dosyć sztuczne, zwłaszcza w zakresie chorób czynnościowych.

Rysy manjakalne, melancholiczne i cyrkularne znajdujemy przedewszystkiem w schizofrenji, znaleźć je możemy nierzadko też i wśród psychopatów ustrojowych, śród narkomanów, zwłaszcza śród alkoholików (dipsomanja), występują one często i jaskrawo nieraz w psychozach organicznych, zwłaszcza w psychozie przedstarczej; nie brak ich nawet w oligofrenji. Mamy tytuł do poszukiwania ich wreszcie wśród psychoz t. zw. reakcyjnych albo reakcyj psychorodnych, zwłaszcza dziś, kiedy *Lange* stara się zwalczyć dogmat wewnątrzpochodnej genezy faz cyrkularnych i dowieść, że pewne schorzenia reakcyjne o przebiegu posępniczym należą do psychozy okrężnej.

PRZYPADKI NIEROZPOZNANE.

Przedewszystkiem wszakże poszukiwania nasze skierować się muszą do dość pokaźnej grupy naszej statystyki, obejmujących podsądnych bez ustalonego rozpoznania psychjatrycznego. Grupa ta dotyczy 13 przypadków niewątpliwego zaburzenia psychicznego, których dla braku dostatecznych danych nie udało się zaliczyć do żadnej jednostki klinicznej. Pozostałe 9 przypadków dotyczą osób, u których obserwacja zakładowa nie stwierdziła ani choroby psychicznej ani symulacji.

Do pierwszej kategorji tej grupy należą chorzy, którzy zostali internowani na mocy uchwał sądowych jako niepoczytalni, bez uprzedniej obserwacji zakładowej, i co do których z tego powodu nie mamy dostatecznego materjału dla ustalenia rozpoznania ich cierpień, lub też chorzy, co do których materjał zawarty w aktach sprawy, nie budził wątpliwości, że pozostawali w stanie niepoczytalnym w chwili dokonywania inkryminowanych im czynów występnych, materjał wszakże sądowy, jak również dane nagromadzone w kartach szpitalnych, nie zdołały wyświetlić klinicznej przynależności ich cierpienia, mogły jedynie budzić te lub inne podejrzenia. Z ogólnej liczby 13 przypadków tej kategorji znalazłem 7 takich, w których możnaby było ewentualnie myśleć, że stoją w związku z psychozą szałowo-posępniczą, u pozostałych 6 podejrzenia takie nie nasuwały się zupełnie.

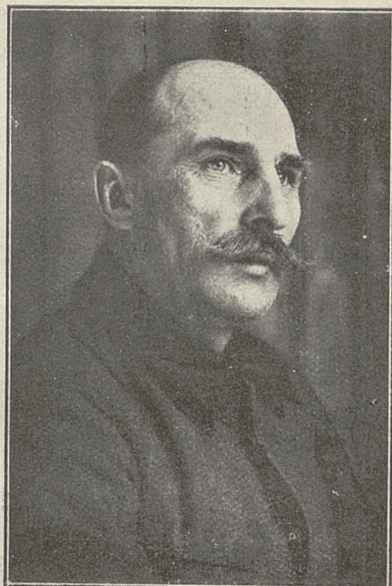
Na 7 przypadków podejrzanych, 6 należy do rodzaju męskiego, 1—do płci żeńskiej; 6 — jest pochodzenia aryjskiego, 1 semickiego; 3 przypadki dotyczą chorych, przesłanych do zakładu z gotową decyzją sądów, 4 — pozostawały w zakładzie na obserwacji, która nie doprowadziła do określonego rozpoznania. Rozpoznania nie wyświetlił też dalszy pobyt tych chorych w zakładzie, trwający w kilku przypadkach dotychczas.

Z 3-ch przypadków chorych, internowanych bez uprzedniej obserwacji zakładowej, 2—dotyczą mężczyzn, trzeci—kobiety. Wszystkie trzy osoby dokonały podpalenia.

Przypadek 1. Fotogr. Nr. 7.

O chorym, którego znamy od 5-u lat, wiemy z akt sprawy, że chorował psychicznie dwukrotnie, za każdym razem bywał bardzo podniecony, uciekał z domu, rozbierał się do naga w miejscach publicznych, był splątany, i niepodobna się było z nim rozmówić. W czasie drugiego napadu psychozy chory podpalił dom mieszkalny, został zaaresztowany, i wytoczono mu sprawę. Podczas badania sądowego chory był już przytomny, ponieważ jednak nie ulegało wątpliwości, że był nieprzytomny w chwili podpalania, sąd internował go w Zakładzie. Chory ten, w wieku

lat 44, przebywa w Zakładzie od 1922 roku, zachowuje się zupełnie przytomnie, jest zrównoważony, zajmuje się bardzo chętnie pracą; usposobienie jego jest równe, nastrój stale nieco przygnębiony, nieznaczny stopień zahamowania. Chory uświadamia sobie, że przechodził psychozę, nie umie dokładnie opisać przeżyć, doznawanych podczas jej trwania, zżył się z zakładem i jakkolwiek wspomina o chęci zwolnienia się, nie nalega na to wobec braku bliższej rodziny i wobec obaw, że nie łatwo będzie mu znaleźć pracę poza zakładem. U chorego nie znajdujemy najlżejszych stanów otępienia, nie znajdujemy też cech schizofrenicznych, ani żadnych innych objawów, któreby mogły wyraźniej oświetlić charakter jego cierpienia. Dwukrotne napady psychozy w przeszłości w związku z pewną depresyjnością obecnie stanowią jedyną podstawę do podejrzeń, że mamy tu do czynienia z osobnikiem, cierpiącym na psychozę szałowo-posępniczą.



Fotogr. 7. Przyp. I.

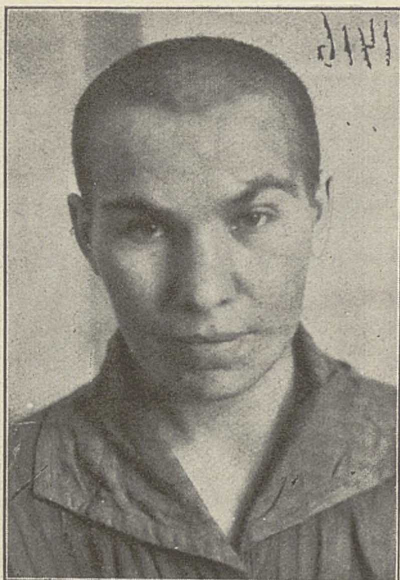
Przypadek II.

Drugi przypadek dotyczy włościanina D. w wieku lat 46, który po ostrej kłótni z rodziną podpalił dom, należący do brata. Z zeznań świadków, przesłuchiwanych podczas śledztwa, wynika, że podpalacz pozostawał w stanie chorobliwego podniecenia jaskrawo rzucającego się w oczy otoczenia: awanturował się bez dostatecznego powodu, zarzucał bratowej, z którą mieszkał stale we wspólnej osadzie, że go głodzi, bratu — że go wyzyskuje. Wiadomo, że chory przed kilkunastu laty po urazie głowy (był uderzony łopatą) przechodził jakieś zaburzenie psychiczne, trwające około 2-ch lat. Sąd uwolnił D. od odpowiedzialności i uchwalił internowanie go. W czasie pobytu w Tworkach, obejmującym z górą 4 lata, D. zachowywał się przytomnie, był równy w nastroju i usposobieniu, zajmował się pracą dość chętnie, swój czyn występny motywował żalem do braterstwa, którzy mieli go traktować źle, uważał, że był rozdrażniony wtedy, kiedy podpalił dom, za chorego psychicznie nie uważał się jednak. Stale domagał się zwolnienia z Zakładu, skąd zresztą oddalał się nielegalnie 4 razy, by robić starania na własną rękę o zwolnienie legalne, którego się wreszcie doczekał. U chorego stwierdziliśmy ograniczoność intelektualną. Podejrzenie psychozy manjakalnej opiera się na powtarzaniu się zaburzeń psychicznych połączonych z drażliwością i na braku wyraźnych cech schizofrenicznych. Chory co do budowy ciała zbliżał się do typu pyknicznego.

Przypadek III. Fotogr. Nr. 8.

Trzeci przypadek dotyczy chorej K. w wieku lat 28. W okresie karmienia dziecka zapadła ona w stan przygnębienia, w którym podpaliła zabudowania gospodarcze we własnej osadzie włościańskiej. Podczas badania sądowego chora zdradzała objawy przygnębienia, z którego pozostały tylko ślady w chwili przybycia do

zakładu po decyzji sądu, nakazującej jej internowanie. Chora przebywa w zakładzie od roku, zachowuje się przytomnie i objawów, któreby definitywnie wskazywały na szałowo-posępniczy charakter jej cierpień, nie zdradza. Z opowiadań jej wnosić można, że była w depresji w okresie dokonywania podpalenia. Przed tym wypadkiem nigdy nie chorowała. Chorą cechuje jednak pewien stopień indolencji, brak żywszej tęsknoty do rodziny i schizofreniczny charakter jej cierpienia nie jest wyłączony.



Fotogr. 8. Przyp. III.

Przechodzimy do 4 pozostałych przypadków, nieustalonych co do rozpoznania, mimo że chorzy ci pozostawali na dłuższej obserwacji zakładowej.

Przypadek IV.

Przypadek ten dotyczy chorego C. w wieku lat 25, byłego wychowanka seminarjum duchownego, potem b. policjanta i nauczyciela wiejskiego z okresu wojny, ostatnio zatrudnionego przy ojcu w zamożniejszej osadzie rolnej. Chory został oskarżony o podrabianie świadectw szkolnych.

Z akt sprawy dowiedzieliśmy się, że chory nagle opuścił dom rodzicielski, wałęsał się bez celu po różnych miastach, rzekomo w celach turystycznych, płatał znajomym figle, pisywał do znajomych policjantów rozkazy i doniesienia obliczone na żart i wreszcie zapomocą misternie podrobionej pieczęci wygotował dla siebie i dla jednego ze swoich kolegów fałszywe świadectwa z ukończenia kilku klas gimnazjum, do którego ani on ani jego kolega nie uczęszczał. Podrobienie dokumentów nie miało na widoku osiągnięcia jakiejkolwiek korzyści: chory złożył je przy podaniu o posadę, do której miał wystarczające kwalifikacje, kolega zaś jego wogóle o całej aferze nic nie wiedział. Po zaaresztowaniu chory w więzieniu przechodzi stany jakiegoś rozdwojenia osobowości: zdaje mu się raz, że jest policjantem, to znów że jest przestępcą, którego ten sam policjant śledzi i tropi, w tym stanie pisze doniesienie do władz, w którem oskarża samego siebie o branie łapówek, równocześnie siebie samego nazywa „wywiadowcą honorowym", zasługującym na nagrodę za wykrycie łapownictwa, prosi o dawanie mu dwóch porcyj ze względu na to, że reprezentuje dwie osoby i t. p.

Po przybyciu do zakładu chory był wolny od tych wszystkich objawów patologicznych. Przez cały czas pobytu w zakładzie mogliśmy u niego zaobserwować jedynie tylko lekki stopień przygnębienia przy znakomicie utrzymanym kontakcie z otoczeniem. Stwierdziliśmy zupełny brak tendencyj do udawania czy agrawacji, zachowany krytycyzm w stosunku do przebytego stanu patologicznego, o którym chory mówił z pewnym trudem, jako o rzeczy, której się wstydził. Pod względem

budowy ciała chory zbliżał się do typu pyknicznego. Obarczenia dziedzicznego nie udało się stwierdzić. Pewne cechy histeryczne, jak osłabienie czucia skórnego, brak odruchów gardzielowych, duży stopień wrażliwości uczuciowej, mogły wskazywać ewentualnie na to, że chory pozostawał w okresie popełnienia inkryminowanych mu czynów w stanie zamroczenia histerycznego. Za psychozą szałowo-posępniczą przemawiać mogła naprzemiennoóć nastroju, pewne rysy depresji w zakładzie i żartobliwy charakter samego czynu inkryminowanego mu, częsta zmiana zajęć przed chorobą oraz to, że chory kilka lat przedtem przechodził podobny stan patologiczny bez powikłań kryminalnych.

Przypadek V.

Przypadek piąty dotyczy chorego S., 19-letniego chłopca wyznania mojżeszowego, bez określonego zawodu, oskarżonego o to, że udając przy pomocy podrobionej legitymacji urzędnika do walki z lichwą, dokonał w roku 1919 bezprawnych rewizyj w sklepach, przyczem dopuszczał się wymuszania łapówek. Z zeznań rodziny chłopca można było wnosić, że nie jest on zupełnie normalny: mówiono o ekstrawagancjach jego, w rodzaju alarmowania policji fałszywemi doniesieniami, o robieniu zamówień bez pieniędzy, o zaofiarowywaniu kupcom towarów nieposiadanych i t. p. Niektórzy członkowie rodziny przedstawiali cechy anormalne S. jako właściwości stałe, stojące w związku z rzekomym jego niedorozwojem, inni nadawali im w opisach swoich znamiona okresowo występujących podnieceń naprzemian z przygnębieniami i lękami. Lekarz, który leczył S. trzy lata przed aresztowaniem go, wzywany jako świadek pamiętał tyle tylko, że S. po jakiejś przebytej chorobie gorączkowej miewał przez pewien czas lęki i przywidzenia, że go gonią i straszą. Po zaaresztowaniu S. był kilkakrotnie badany przez lekarzy, którzy nie stwierdzili u niego objawów choroby psychicznej. Nie mogła wyświetlić tej sprawy także kilkotygodniowa obserwacja S. w zakładzie, gdzie badany zachowywał równowagę psychiczą przy pewnym odcieniu depresji. Obserwacja wykluczała defekt intelektu, nie mogła jednak pozytywnie stwierdzić tych zaburzeń psychicznych, na które powoływała się rodzina w akcji obrony sądowej, w zeznaniach niepozbawionych tendencyjności.

Przypadek VI.

Przypadek szósty dotyczy włościanina R. w wieku 46 lat, oskarżonego o podpalenie własnej chaty. R. gospodarował na roli wspólnie z ojcem; stosunki rodzinne nie były dobre i R. niejednokrotnie bywał względem ojca agresywny. Po śmierci ojca R. pozostał na gospodarstwie z żoną swoją, macochą i teściową. W rodzinie panowały stale nieporozumienia na tle majątkowem.

R. miał we wsi opinję „warjata", opartą na skłonności jego do gwałtownych, choć krótkotrwałych reakcyj na przykre podniety. Reakcje te miały występować u niego, według zeznań rodziny, okresowo. Bezpośrednio przed pożarem domu R. pokłócił się z żoną, macochą i teściową tak ostro, że pobił je, i kobiety wyniosły się na noc z domu w obawie, że może im wyrządzić gorszą jeszcze krzywdę. R. pozostał w domu sam, miał, jak twierdzi, rozpalić ogień na kominie, by sobie zgotować kolację. Po kolacji miał położyć się spać. Obudziło go gorąco, dym i blask łuny płonącego domu. Zerwał się, wyskoczył z domu przez okno i pobiegł w kierunku wsi, by wezwać pomocy. Po drodze został zatrzymany przez sołtysa i brata, którzy uważali go za winnego podpalenia, związali i odstawili do aresztu. Dziwne zacho-

wanie się R. wobec władz sądowych, kiedy R. na zadawane pytania odpowiadał opryskliwie, że, jeśli jest winien podpalenia, to podpalił swój własny dom i tłumaczyć się z tego nie potrzebuje, skłoniło sąd do zarządzenia badania poczytalności R. Ośmiomiesięczna obserwacja zakładowa nie wyświetliła ani stanu psychicznego oskarżonego, ani charakteru jego zawinienia w zarzucanem mu podpaleniu. Nie stwierdziliśmy ani objawów psychozy, ani znamion nie dorozwoju lub zwyrodnienia. R. chętnie pracował, zachowywał takt w stosunku do lekarzy i służby zakładowej; krytycznie odnosił się do chorych i swojej sprawy. W sposób wiarogodny badany charakteryzował tło nieporozumień z rodziną i tendencje brata do pozbycia się go z gospodarstwa. Stawało się rzeczą prawdopodobną, że R.—jako człowiek o porywczem nieco usposobieniu—nie zachował dostatecznej ostrożności z ogniem po nieporozumieniu ze swymi domownikami, i że pożar domu był raczej skutkiem wypadku, niż złej jego woli.

Gdyby przypuszczenie to było błędne i okazały się prawdziwemi zeznania rodziny o rzekomem okresowem zaburzeniu psychicznem R., można by było myśleć, że mamy tu do czynienia z przypadkiem podniecenia manjakalnego.

Przypadek VII.

Przypadek siódmy nastręcza pod względem sądowo-psychjatrycznym szczególne trudności. Dotyczy on następującego chorego:

Dnia 7. XI 1920 r. około godziny 6-ej po poł. do zagrody młynarza F. we wsi P. wszedł nieznajomy człowiek z siekierą w ręku; zastał on w mieszkaniu tylko 20-letnią córkę młynarza. Nie mówiąc do niej ani słowa, nieznajomy uderzył ją dwukrotnie siekierą w głowę, potem odrąbał jej palec. Po dokonaniu tej zbrodni nieznajomy wyszedł z domu; napotkawszy zaś na podwórzu służącego i służącą młynarza, rzucił się w ich stronę w groźnej postawie. Służąca uciekła, służący zaś, rażony uderzeniem siekiery, padł na ziemię i stracił przytomność.

Po dokonaniu tych czynów zbrodniarz zbiegł z miejsca przestępstwa, przez nikogo nie zatrzymywany. Ponieważ zabójstwa nie można było umotywować rabunkiem i nie było poszlak, któreby wskazywały na winowajcę, podejrzenie padło na 50-letniego cieślę M., którego widziano w pobliżu miejsca zbrodni na krótko przed jej dokonaniem. Podejrzenie to nabrało szczególnej wagi z tego jeszcze powodu, że cieśla M. przed niedawnym czasem stawał w sądzie pokoju, oskarżony o pobicie przy jakimś sporze granicznym i został tam skazany na jakąś drobną karę. W sądzie zasiadał jako ławnik młynarz F., i M. miał się po wyroku odgrażać, że się zemści na F. za niesłusznie wydany wyrok sądowy. O M. wiedziano w okolicy, że okresowo ulega zaburzeniom psychicznym, podczas których czasami zaczepia ludzi i bywa nieraz bardzo agresywny

Kiedy na skutek tych poszlak policja udała się do M., by go aresztować, rzucił się on na policjantów z żelazem w ręku, ale został obezwładniony. Poranieni przez nieznajomego napastnika mieszkańcy zagrody młynarza mieli przed śmiercią wypowiedzieć się, że M. jest podobny do sprawcy napaści, podobnym do winowajcy zbrodni wydał on się też służącej, która zbiegła z podwórka. M. został postawiony w stan oskarżenia. Do winy nie przyznał się, przedstawił swoje alibi. Ponieważ w toku śledztwa stwierdzono, że M. już kilka razy zapadał okresowo na zaburzenia psychiczne, został on poddany obserwacji zakładowej dla zbadania jego poczytalności.

Drogą wywiadów ustalono, że M. od 14 lat zapada na okresowo występujące zaburzenia psychiczne, trwające po kilka miesięcy i powtarzające się z przerwami

2—3 letniemi. Zaburzenia te przebiegają w dwojakiej postaci, to jako podniecenie wesołe z wielomównością, skłonnością do wędrówek bezcelowych i drażliwą napastliwością w stosunku do domowników i sąsiadów i t. p., to jako napady rozpaczy, albo ponurego i milczącego odosobnienia od ludzi. Matka M. była alkoholiczką, ale sam M. pijał niewiele. Konwulsji nie miewał. W okresach wolnych od napadów chorobowych M. był dobrym ojcem i mężem, sprawnie wykonywał swoje rzemiosło i nic nie można mu było zarzucić. W niektórych okresach chorobliwej zmiany zachowania się M. miewał halucynacje wzrokowe i słuchowe: widuje jakieś potwory, to znów robi mu się ciemno przed oczyma, słyszy muzykę, albo głosy, których się boi. Czasami objawia mu się Matka Boska, od której słyszał jakieś polecenia. W okresach podnieceń przestaje zajmować się pracą, wychodzi z domu, wynosi różne przedmioty, które zostawia gdzieś i nie pamięta potem, gdzie je pozostawił.

W chwili przybycia do zakładu M. zachowywał się spokojnie, obojętnie, z pewną depresją, zdawał sobie sprawę z tego, że jest chory, na wszystkie pytania odpowiadał przytomnie i rozumnie, sprawą inkryminowanej mu zbrodni nie przejmował się zupełnie, uważając się za niewinnego i pomyłkowo posądzonego o jej dokonanie. Stosunek M. do tej sprawy wydawał się szczerym. Czasami skarżył się, że miewa jakieś widzenia nocne, zdawało mu się, że parowóz przejeżdża obok niego, że pies napada na niego i chce go gryźć. Nie miewał tych widzeń we dnie. Całe zachowanie się M. nie ujawniło w tym okresie najlżejszych śladów napastliwości, najlżejszej skłonności do gniewu, podrażnień — przeciwnie, raczej nasuwać mogło myśl o przygnębieniu. Po kilku tygodniach chory wypogodził się, zaczął brać czynny udział w życiu zakładowem, zajął się pracą, był nawet ożywiony, ale nie podniecony.

Uznany przez sąd za chorego psychicznie, M. został w związku z inkryminowanem mu zabójstwem 2-ga ludzi internowany w zakładzie. W ciągu 4-letniego pobytu M. w zakładzie mieliśmy możność obserwować kilkakrotnie na wroty zmian patologicznych w zachowaniu się chorego. Naogół bardzo łagodny, uprzejmy i pogodnie uśmiechnięty, M. zajmował się w zakładzie chętnie pracą, niewymagającą większego wysiłku fizycznego. W zachowaniu się jego nie było wtedy nic, coby wskazywało na rozszczepienie psychiczne, mogło jedynie razić to, że chory zbyt łatwo godził się z losem internowanego i oddaleniem od domu. Do rodziny pisywał listy. W odstępach kilkomiesięcznych chory znienacka zmieniał się, przestawał pracować, dowcipkował w sposób zagadkowy i niezupełnie zrozumiały dla otaczających, wykonywał gesty i miny, które miały oznaczać coś, czego zrozumieć nie można było. Niekiedy w takim stanie domagał się zwolnienia go z zakładu, oburzając się na lekarzy, że nie dopomagają mu w tem, albo wypowiadał pretensje, że zakład nie troszczy się dostatecznie o jego potrzeby. Czasami stawiał dziwaczne żądania lub wypowiadał sądy urojeniowe, nie sięgające głęboko, jak np., że internowanie go jest dziełem zabiegów szwagra, który mu zazdrościł dobrobytu i tego, że umiał dobrze wychować swoje dzieci. Urojenia nie miały cech trwałych. Niekiedy pisał dziwaczne listy, w których niezrozumiałe szeregi znaków i liczby miały wyrażać symbolicznie jakąś tajemniczą treść. Chwilami rozdrażniał się, podnosił głos, ale nigdy nie dochodziło do czynów agresywnych. Po kilkotygodniowem trwaniu stany podrażnienia i dziwaczenia się chorego mijały. Chory do końca pobytu w Zakładzie zaprzeczał temu, by brał udział w zbrodni, w żadnym ze stanów podnieceń nie zdradził się z tem, żeby był winnym zabójstwa. Uważał, że jest internowany niesłusznie, a zresztą, gdyby nawet była słuszność—sądził, że odbył już

karę. Rodzina chorego stała na tem samem stanowisku i robiła starania o zwolnienie chorego do domu. Po czteroletnim pobycie chorego w zakładzie starania te zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, i chory—bez ustalonego rozpoznania—został zwolniony z Zakładu pod opiekę syna. Stąn patologiczny psychiki M. nie budzi wątpliwości, ujawniał się on jednak w postaci zmian perjodycznych, niestałych i budzących wątpliwości co do rozpoznania. Rozpoznanie wahało się między psychozą szałowo-posępniczą a schizofrenją cyrkularną.

Nie mamy dość mocnych podstaw po temu, żeby definitywnie zakwalifikować każdy z poszczególnych 7-u przypadków chorobliwego rozstroju psychicznego do tej lub innej grupy rozpoznania. Niektóre z tych przypadków mogą w następstwie okazać się przypadkami psychozy szałowo-posępniczej, inne mogą się wyjaśnić jako schizofrenja lub inne postacie kliniczne. Wspólną ich cechą jest to tylko, że dają powód do podejrzewania w nich pierwiastka cyklotymicznego, wyrażającego się bądź w perjodyczności zaburzeń psychicznych, bądź w mniej więcej wyraźnej zmienności nastrojów przy braku lub niedostatecznej wyrazistości cech schizofrenicznych albo cech innych postaci chorobowych.

*
* *

Wśród 119 przypadków *oligofrenji*, które stanęły przed kratkami sądowemi i znalazły się potem w zakładzie, nie znalazłem ani jednego, któryby nasuwał myśl o współistnieniu elementów cyklotymicznych w psychice tych chorych.

*
* *

Nie znalazłem też tych elementów w dość pokaźnej grupie *narkomanów*, obejmującej 52 przypadki. Jakkolwiek nadużywanie wyskoku w grupie alkoholików bywało nieraz zjawiskiem nierównomiernem co do przebiegu, to jednak nierównomierność ta u żadnego z naszych pacjentów kryminalnych nie miała charakteru tej perjodyczności, która cechuje dipsomanję. W żadnym przypadku psychoz alkoholowych z powikłaniami kryminalnemi nie mieliśmy też wyraźnie zaznaczonego obrazu melancholicznego czy manjakalnego.

Materjał nasz kryminalny różnił się pod tym względem od pozostałego materjału szpitalnego, gdzie cyklotymiczne przejawy temperamentu zdarzały się u osób, dotkniętych psychozami alkoholowemi, niezbyt rzadko.

Dokładnych liczb, dotyczących tej sprawy śród narkomanów, leczonych w Tworkach, nie posiadamy. W materjale kliniki monachijskiej, opracowanym przez *Kahna*, temperament hypomanjakalny występował śród alkoholików w 12,3% przypadków, zaś karalność sądowa w tej grupie chorych w 41,5% przypadków.

Cyfry nasze nie dadzą się porównać z monachijskiemi bez zastrzeżeń. Wśród narkomanów, leczonych w Tworkach, mieliśmy do czynienia tylko z ciężkiemi powikłaniami kryminalnemi, które doprowadziły do procesu sądowego w wyższych instancjach sądowych. Powikłania te zachodziły u 34% narkomanów.

Pierwiastek cyklotymiczny w schizofrenji.

Bogata symptomatologja jednej z najliczniejszych grup rozpoznań psychjatrycznych doby obecnej—grupy psychoz rozszczepieniowych, nie doczekała się jeszcze racjonalnej klasyfikacji. Po wyodrębnieniu jej przez *Kraepelina*, scaleniu jej drogą sprecyzowania objawów zasadniczych i przygodnych przez *Bleulera*, powinienby nadejść czas na jej zróżniczkowanie. W ogromnej liczbie przypadków, zaliczanych do schizofrenji, sięgającej 50% chorych, przyjmowanych do zakładów, spotykamy formy tak rożnorodne, że potrzeba ściślejszego podziału wewnętrznego tego, co nazywamy dziś schizofrenją, staje się bardzo pilną.

W pewnym odsetku przypadków schizofrenji zarysowują się dość wyraźnie objawy, które zdają się przemawiać za pokrewieństwem tej grupy przypadków z interesującą nas tu bliżej psychozą szałowo-posępniczą. Myślę tu o przypadkach schizofrenji z zabarwieniem manjakalnem i depresyjnem, oraz o przypadkach, wykazujących przebieg okrężny w postaci zwanej schizophrenia circularis. Na podstawie statystyki, opracowanej przez *Brauna* w ostatniem sprawozdaniu kliniki monachijskiej, przypadki tej kategorji stanowią około 18% wszystkich przypadków, leczonych w klinice pod rozpoznaniem schizofrenji; spotykają się one bez porównania (bo niemal dwa razy) częściej śród płci żeńskiej, niż męskiej, co zbliżałoby ją jeszcze więcej do psychozy szałowo-posępniczej. Przypadki te mają szczególną skłonność do remisji i odznaczają się tem, że życie afektywne chorych w tych postaciach schizofrenji pozostaje przez stosunkowo dłuższy czas utrzymane. W tej postaci schizofrenji figuruje w sprawozdaniu *Brauna* ogółem 10 przypadków przestępstw, które odpowiadają 9,8% przypadków tej kategorji, podczas gdy skłonność do czynów kryminalnych ogółem dla wszystkich przypadków schizofrenji wyraziła się według tegoż *Brauna*—odsetkiem 14,5%. Kryminalność omawianej tu postaci schizofrenji ograniczała się przy tem do przestępstw mniejszej wagi, jak dezercja, oszustwa, kradzieże i tp.; nie było wśród nich ani jednego przypadku przestępstw, zaliczanych do cięższych, jak zabójstwo, podpalenie i t. p.

Schizofrenje reprezentowane są w materjale naszych chorych

podsądnych pokaźną liczbą 103 przypadków, które rozdzielają się na poszczególne formy w sposób następujący:

katatonia	35	przypadków
schizofrenja paranoides	22	"
hebefrenia	20	"
schizofrenia simplex	14	"

Interesujące nas tu bliżej formy schizofrenji manjakalnej, depresyjnej i okrężnej, zajmują miejsce ostatnie, spotykamy je zaledwie w 12 przypadkach, co odpowiadałyby 11,7% wszystkich przypadków schizofrenji kryminalnej i mniej więcej 2,2% wszystkich przypadków sądowych.

Z omawianych tu 12 przypadków 7 przypada na mężczyzn i 5 na kobiety, przyczem na schizofrenję manjakalną 3 mężczyzn i 2 kobiety
depresyjną 1 " " 3 "
okrężną 3 " — —

Co do udziału w czynach kryminalnych, to chorzy na *manjakalną postać schizofrenji* dopuścili się zabójstwa w 1 przypadku, podpalenia w 1, uszkodzenia ciała w 1, zakłócenia spokoju publicznego w 2 przypadkach.

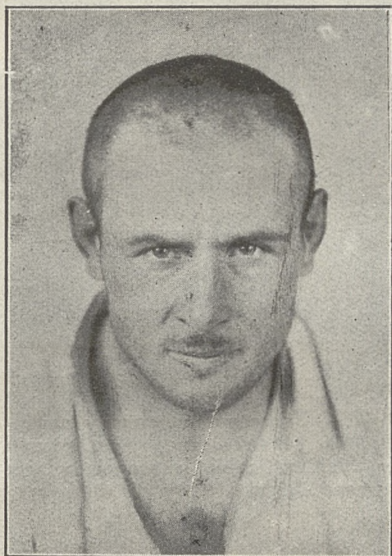
W postaci depresyjnej: 3 kobiety dopuściły się zabójstwa własnego dziecka, 1 mężczyzna zaś (fotogr. Nr. 9) oskarżył się sam o podpalenie stodoły, które miało miejsce kilka lat przedtem, przyczem sprawca podpalenia nie został wykryty. Z 3 kobiet dzieciobójczyń—2 były w okresie laktacji, jedna z nich poderżnęła nożem gardło kilkoletniej córeczce, druga (fotogr. Nr. 10) wrzuciła $1^{1}/_{2}$-roczne dziecko do studni, trzecia z kobiet tej grupy (fotogr. Nr. 11) zakopała żywcem w ziemi nowonarodzone dziecko, odbywając poród pokryjomu w lesie, jeszcze zanim otoczenie dostrzegło w niej objawy schorzenia psychicznego. Pierwotna depresyjno-lękowa postać jej choroby z biegiem czasu przekształciła się w wyraźnie katatoniczną.

Co dotyczy *postaci okrężnej schizofrenji,* to jeden z chorych tej grupy, (fotogr. Nr. 12) kupiec wyznania mojżeszowego, w fazie depresyjnej zabił siekierą własne kilkomiesięczne dziecko, leżące w kołysce, drugi, wieśniak 28-letni, w fazie podniecenia zadał napotkanemu na drodze sąsiadowi bez żadnego powodu 10 kłótych ran nożem i zabił go na miejscu.

Trzeci chory tej grupy w podnieceniu podrobił sobie świadectwo na prawo bezpłatnej jazdy koleją i w tym samym okresie czasu dopuścił się obrażenia przepisów, ochraniających religję, przez zdjęcie z figury przydrożnej postaci Chrystusa „bo mu było żal, żeby Chrystus był przybity do drzewa”.

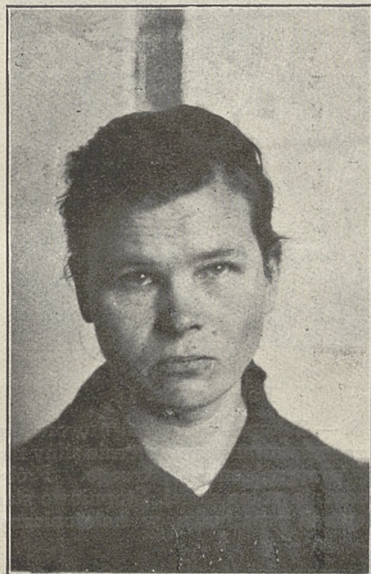
Nie od rzeczy będzie nadmienić, że z 12 przykładów kryminalnych z grupy schizofrenji manjakalnej, depresyjnej i okrężnej 4 dałyby się zaliczyć pod względem konstytucji somatycznej do typu pyknicznego, 5 — do astenicznego, u pozostałych typ budowy ciała nie zaznaczał się wyraźnie.

W porównaniu z identyczną liczbą przypadków kryminalnych, zaliczonych do psychozy szałowo-posępniczej, chorzy, zaliczeni do omawianej tutaj grupy schizofrenji, wyróżniają się tem, że przestępstwa



Fotogr. Nr. 9.

4. R.— Sam oskarżył się o podpalenie stodoły sąsiada, która spaliła się 7 lat temu. Prawdopodobnie samooskarżenie się urojeniowe! Stan przygnębienia, rozszczepienie, autyzm, nieumotywowane wybuchy bezprzedmiotowe.



Fotogr. Nr. 10.

2. T. — W $1^1/_2$ roku po urodzeniu dziecka przygnębienie bez motywów — uciekanie z domu. Wrzuciła własne dziecko do studni. Po 2 letnim pobycie w zakładzie poprawa. Brak żywszych reakcji afektywnych.

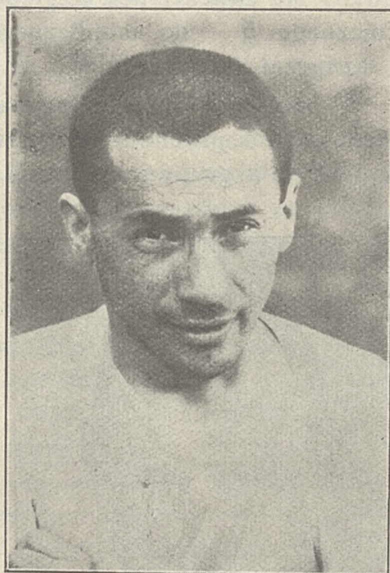
ich są na ogół cięższe i aż 6-ciu chorych tej grupy stało się winowajcami zabójstwa, podczas gdy w grupie 12 chorych z psychozą szałowo-posępniczą zabójstwa zdarzyły się tylko 2 razy. Dwa przypadki zabójstw przypadają tu na fazę podniecenia, podczas gdy w psychozie szałowo-posępniczej zabójstwa zostały dokonane wyłącznie tylko przez chore, pozostające w fazie przygnębienia, w hypomanjakalnem zaś podnieceniu pozostawał tylko jeden chory, oskarżony o usiłowanie zabójstwa.

U żadnego z chorych z grupy schizofrenji nie można było doszukać się zrozumiałych motywów ich czynów występnych, zaś w gru-



Fotogr. Nr. 11.

1. S. — Zakopała w ziemi noworodka. Po zaaresztowaniu niezmiernie silny napad przygnębienia lękowego. Próby szkodzenia sobie samej. Stopniowo stan depresji przechodzi w katatoniczny.



Fotogr. Nr. 12.

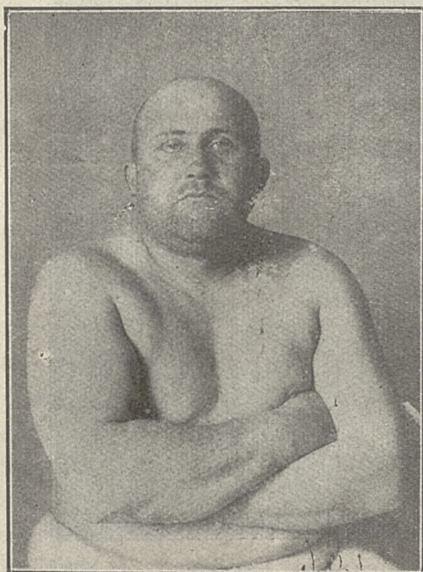
3. W. — Naprzemienne zmiany nastroju obok hebefrenicznego zachowania się. Siekierą zabił leżące w kołysce własne dziecko, żeby nie płakało.

pie psychozy szałowo-posępniczej mieliśmy do czynienia przeważnie z przestępstwami motywowanemi zrozumiale.

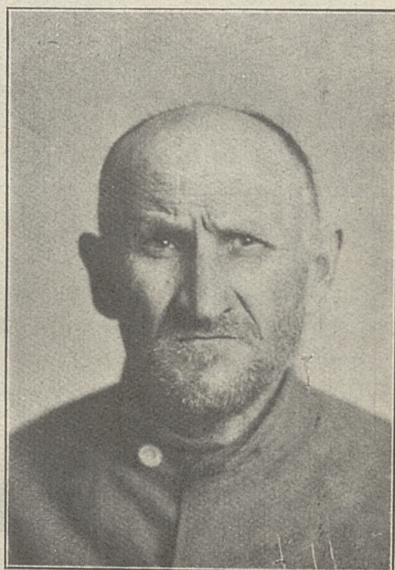
Psychopatja ustrojowa.

Klasyfikacja tych form klinicznych, w jakich występuje psychopatja ustrojowa, nastręcza bodaj czy nie większe trudności, niż klasyfikacja psychoz rozszczepieniowych. Zależy to nietylko od bogactwa symptomatologji zwyrodnienia, ale i od tego, że poszczególne jego przejawy splatają się u osobnika w kombinacjach niezmiernie różnorodnych, co nieraz stwarza wielką trudność w zaliczeniu przypadku psychopatji do tego lub innego typu, ustalonego na podstawie objawów dominujących. Stosowany w ostatnich czasach pod wpływem koncepcji *Kretschmera* podział psychopatów na typ cykloidalny i schizoidalny nie wyczerpuje tych wszystkich postaci, w jakich spotykamy zwyrodnienie psychiczne w kazuistyce psychjatryczno są

dowej. Poza granicami tego podziału pozostają w wielu wypadkach psychopaci typu pseudologów, przewrotni płciowo i inni, u których te objawy stanowią wyłączne lub prawie wyłączne znamiona ich degeneracji. W dość pokaźnej liczbie 95 psychopatów, jakich dostarczyła nam do zakładu ława oskarżonych, spotykamy wyraźnie zaznaczone cechy cyklotymiczne tylko w 14 przypadkach. Towarzyszyły one w 9 przypadkach męskich bądź jako przydźwięk hypomanjakalny w 3 przypadkach psychopatycznego pieniactwa, pociągniętych do odpowiedzialności sądowej z powodu występków, zaliczanych przez kodeks karny do kategorji nieposłuszeństwa władzom, połączonego



Fotogr. Nr. 13.

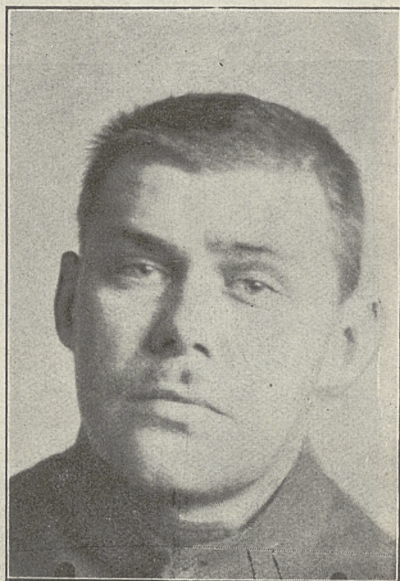


Fotogr. Nr. 14.

z oporem w stosunku do władzy państwowej lub z obrazą sądów i urzędów, (fotogr. Nr. 13) bądź jako przymieszka tego samego zabarwienia u osobnika zawodowo uprawiającego bardzo pomysłowe oszustwa, bądź jako okrężne zmiany nastroju u wysoce niezrównoważonego urzędnika, oskarżonego o nadużycie, bądź jako prawie manjakalny dodatek u 2-ch zupełnie wykolejonych i imponujących brawurą młodych ludzi typu pobudliwego, oskarżonych o napady rabunkowe i kradzieże, bądź jako przymieszka nastroju depresyjnego i śledzieniczego u marzycielskiego psychopaty typu chwiejnego, (fotogr. Nr. 14) oskarżonego o udział w działalności antypaństwowej

albo wreszcie jako taki sam dodatek u tułającego się bezcelowo poriomana (fotogr. Nr. 15). oskarżonego — według wszelkiego prawdopodobieństwa pomyłkowo, — o zabójstwo w celach rabunku, dokonane na osobie przejeżdżającego drogą wieśniaka. Wszystkie podane tu przypadki rodzaju męskiego reprezentowane są wyłącznie tylko przez aryjczyków.

Co do 5 przypadków rodzaju żeńskiego, to dwa z nich noszą wyraźne piętno hypomanjakalne u osobników habitualnie wybitnie drażliwych i pobudliwych, oskarżonych o działalność antypańśtwową, trzeci,



Fotogr. Nr. 15.



Fotogr. Nr. 16.

oskarżony o to samo, ujawnia odcinające się dość wyraźnie okresowe zmiany nastroju. Dwa pozostałe dotyczą kobiet, oskarżonych o kradzież. Jedna z nich, zawsze b. pobudliwa i niesforna (fotogr. Nr. 16), zapadała kilkakrotnie z objawami podnieceń manjakalnych, druga — niepohamowana i stale pozostająca w konflikcie z kodeksem karnym z powodu zawodowo uprawianych podstępnych kradzieży i pomysłowych oszustw zapadała w zakładzie kilkakrotnie w stany zahamowania z osłupieniem i depresją.

Od psychozy szałowo-posępniczej w czystej postaci różnią się te przypadki tem, że nawet w okresach wolnych od właściwych stanom szałowo-posępniczym zmian życia afektywnego, przejawiały one zmiany charakteru i skłonności antysocjalne typu raczej habi-

tualnego, niż epizodycznego czy cyklicznego. Przestępczość tych osobników, jakkolwiek co do kwalifikacji kodeksowej ich czynów występnych społecznie mniej groźna (kradzież, oszustwo, opór władzy etc.), nabierała poważniejszego znaczenia ze względu na habitualną skłonność tych osobników do powtarzania przestępstw dokonanych.

Pod względem konstytucji cielesnej omawiane tu przypadki degeneracji psychicznej, powikłane kryminalnością, dałyby się zaliczyć w 8 przypadkach do typu pyknicznego, w 1 — do wyraźnie astenicznego, w 2-ch — do atletycznego, w pozostałych 3-ch przypadkach typ konstytucjonalny nie zaznaczył się wyraźnie.

Reakcje psychorodne.

Z 54 przypadków, zaliczonych w ogólnej statystyce zakładu do reakcyj psychorodnych, należy do grupy chorych podsądnych aż 34. Nie powinno to nas dziwić. Sytuacja, jaką stwarza moment pociągnięcia do odpowiedzialności sądowej, jest jedną z tych trudniejszych sytuacyj życiowych, które częściej od innych dają powód do reakcyj patologicznych.

Z licznych form, jakie przybierają reakcje psychorodne nie wszystkie nasuwają nam przecież myśl o analogji z tem, co spotykamy w psychozach afektywnych, uważanych za wewnątrzpochodne. Nie nasuwają takich myśli częstsze od innych przypadki otępienia rzekomego (pseudodementia), przypadki zamroczeń Gansera lub osłupienia, wyrastające na podłożu histerycznem, a wreszcie reakcje, powstałe na tle nerwicy rentowej, przypadki o obrazie monosymptomatycznym bez wyraźnego tła histerycznego. Powinowactwo do psychozy szałowo-posępniczej wykazują natomiast reakcje psychorodne o zabarwieniu depresyjnem, najlepiej może w tych przypadkach zrozumiałem, lub rzadkie naogół przypadki reakcyj paradoksalnych, zabarwionych podnieceniem manjakalnem. Ludzie, skądinąd może usposobieni po temu dziedzicznie i konstytucjonalnie, reagują na trudniejsze sytuacje życiowe depresyjnie tak nieraz jaskrawo, że *Lange*, analizując podobne przypadki depresji psychorodnej, nie znalazł w nich żadnych cech, któreby je wyróżniały od melancholji, występującej na tle cyrkularnem. W grupie obserwowanych przez nas 34 przypadków reakcyj psychorodnych u podsądnych znaleźliśmy tylko 8 przypadków, w których możnaby się było doszukiwać momentu depresyjnego z charakterystycznym dlań stanem przygnębienia uczuciowego, monoideizmem lub zahamowaniem. Wszystkie przypadki dotyczą mężczyzn. W niektórych tych przy-

padkach nie posiadamy dostatecznych danych wywiadowych, które mogłyby wyświetlić lepiej praepsychotyczne właściwości osób, dotkniętych psychozą reakcyjną, u wszystkich wszakże powstanie stanu depresyjnego wiązało się ściśle z momentem zaaresztowania lub wszczętego postępowania sądowego.

Z tych ośmiu przypadków 4 dotyczą osób, oskarżonych o przestępstwa natury politycznej, 2 dotyczą osób, oskarżonych o zabójstwo, jeden dotyczy młodego człowieka z inteligentniejszej rodziny, oskarżonego o udział w napadzie bandyckim, ostatni wreszcie również młodego inteligentnego człowieka, oskarżonego o zgwałcenie 10-letniej dziewczynki, którego czyn występny został jednak w następstwie zakwalifikowany przez sąd łagodniej, jako czyn lubieżny z osobą nieletnią.

Wszystkie te osoby powróciły w zakładzie do zdrowia lub przynajmniej uległy poprawie tak znacznej, że mogły być oddane z powrotem wymiarowi sprawiedliwości.

Szczególne zainteresowanie budził przypadek, dotyczący inteligentnego osobnika, który zapadł w stan depresji i lęku wkrótce po zasądzeniu go w sprawie politycznej, ale w obliczu nowej sprawy karnej w związku z nadużyciem pieniężnem. Osobnik ten bronił się z całą swadą w sprawie politycznej i wyrok, skazujący go, przyjął nawet z odcieniem zadowolenia, zareagował natomiast ostremi objawami depresji i lęku wtedy, kiedy zagroziła mu inna mogąca go skrompromitować sprawa karna. Przypadek nastręczał przez pewien czas poważne wątpliwości rozpoznawcze z tego powodu, że było rzeczą wiądomą, że chory przed 27 laty był leczony w zakładzie z powodu zabnrzenia psychicznego na podłożu prawdopodobnie organicznem, przy równoczesnem stwierdzeniu zaniku nerwu wzrokowego. Z danych, jakie były w naszem posiadaniu, można było wnosić, że chory przechodził lues i że jego dawne i potem powtarzające się zaburzenia psychiczne stały w pewnym związku z tą sprawą. Niezależnie wszakże od przebytego około 30 lat temu zakażenia syfilitycznego, chory ujawniał w swojem życiu wielokrotnie okresowe zmiany w swem zachowaniu, przejawiające się bądź jako wyraźne zaburzenie psychiczne, bądź też tylko jako wzmożone samopoczucie z gorączkową działalnością publiczną bez dostrzegalnych dla otoczenia jaskrawych zaburzeń, bądź wreszcie jako tak zwane „zdenerwowanie“ ze zniechęceniem się do rozpoczętej działalności, usunięciem się od niej i unikaniem ludzi. Przejawy depresji, która wyraźnie nasilała się przy każdej wzmiance, przypominającej choremu kompromitującą go sprawę i słabła, o ile o tem zapominał, nie były pozbawione pozatem pewnego podobieństwa także i do stanu rzekomego otępienia (pseudodementia).

Po kilkomiesięcznym pobycie w zakładzie chory doszedł do równowagi i mogliśmy się przekonać, że przebyte jego zaburzenie psychiczne rozwijało się całkiem niezależnie od sprawy organicznej, która wywołała przed 27 laty zanik nerwu wzrokowego.

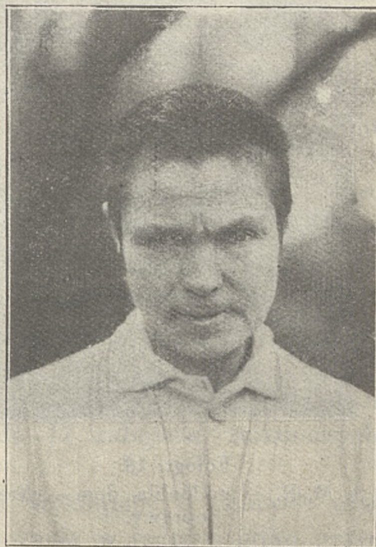
Z przypadków psychoz reakcyjnych typu depresyjnego dwa dotyczą osobników o budowie ciała pykniczne), 3 dotyczą osób

o wyraźnie astenicznej budowie, w pozostałych zaś 3 przypadkach typ konstytucji cielesnej nie zaznaczał się wyraźnie.

Psychozy o podłożu organicznem.

W siedmioleciu sprawozdawczem do Zakładu przybyło 701 chorych, zaliczonych do grupy psychoz o podłożu organicznem, z tej liczby pod sądem pozostawało 37 osób.

W interesującej nas grupie podsądnych mieszczą się przypadki bardzo różnorodne, przeważnie przypadki psychoz na tle kiłowem. U wielu z nich występowały także zmiany nastroju, w większości przypadków wszakże dominującym był obraz ciężkiego otępienia psychicznego, górujący nad temi zmianami.



Fotogr. Nr. 19.
3. W. — w stanie ciężkiej depresji zabiła siekierą 3-e własnych dzieci w wieku od 6 do 11 lat.

Do kategorji przypadków pokrewnych z psychozą szałowo-posępniczą zaliczamy jedynie przypadki psychoz okresu przedstarczego, względnie psychoz, związanych z okresem przekwitania płciowego, w których zaburzenia afektywne występowały na pierwszy plan w obrazie klinicznym. W niektórych przypadkach zaburzenia te górowały do tego stopnia, że sprawiały wrażenie raczej przejawu psychozy szałowo-posępniczej.

Zarubrykowanie tych przypadków do kategorji psychoz przedstarczych opierało się na tem, że zaburzenie psychiczne występowało w nich w późnym wieku po raz pierwszy w życiu tych chorych, i wywiady również nie wskazywały na dziedziczne usposobienie do psychozy wogóle, a psychozy szałowo-posępniczej w szczególności.

Przypadków w ten sposób wyeliminowanych z grupy psychoz organicznych mieliśmy śród podsądnych 7; we wszystkich mieliśmy do czynienia z nastrojem posępnym. Co do budowy ciała, 3 z tych osób możnaby zaliczyć do typu pyknicznego, u pozostałych 4-ch typ budowy ciała nie zaznaczał się dość wyraźnie

Z tych przypadków 6 dotyczy kobiet, płeć męska jest reprezentowana w jednym tylko przypadku.

Pod względem kwalifikacji prawnej dokonanych czynów występnych, 3 z osób, należących do tej grupy, dokonały zabójstwa— we wszystkich trzech przypadkach zabójstwa członków własnej rodziny. Mężczyzna zabił siekierą żonę i troje własnych dzieci, jedna z kobiet (fotogr. Nr. 19) zabiła w ten sam sposób troje dzieci,



Fotogr. 18.
1. M. R. — podpaliła dom — okres poprawy.



Fotogr. 19.
2. W.—podpaliła dom—okres poprawy.

druga — jedno dziecko. We wszystkich 3-ch przypadkach stwierdziliśmy obraz ciężkiej depresji ze znacznem zahamowaniem, w jednym stan niepokoju lękowego z agitacją. Pozostałe 4 przypadki kobiece dotyczą podpalań.

*
* *

Jeżeli pozwalamy sobie zestawiać kryminalność osób, dotkniętych tak zasadniczo odmiennemi co do ich etjologji, patogenezy i obrazu klinicznego sprawami chorobowemi, jak psychoza szałowo-posępnicza, schizofrenja, psychozy przedstarcze, porównać ją ponadto z kryminalnością przypadków nierozpoznanych, dopuszczamy się może pewnego gwałtu, z punktu widzenia klinicznego. Jednakże z punktu widzenia psychopatalogji kryminalnej zestawienie takie może nam zobrazować rolę i znaczenia pewnej kategorji patologicznych przejawów życia afektywnego w mechanizmie powstawania czynu występnego psychicznie chorych.

Przy takiem zestawieniu (tab. III) osiągamy ogólną liczbę 60 przypadków psychicznie chorych, pozostających pod sądem, u których stwierdziliśmy bądź podniecenie szałowe, bądź przygnębienie posępnicze, bądź zmienność nastrojów cyklotymiczną lub podobną do niej w swych przejawach. Z tej ogólnej liczby 60 w ten sposób dobranych przypadków 36 dotyczy mężczyzn, 24 zaś kobiet.

W stosunku do ogólnej liczby 532 podsądnych, obserwowanych w zakładzie, z której te przypadki wyodrębniamy, — stanowią one *11,2%*. Jeżeli zestawimy nasze przypadki według płci, to wśród podsądnych płci męskiej stanowią one zaledwie 8%, natomiast śród podsądnych płci żeńskiej dochodzą one do 29,2%. Dzieląc nasze — w powyższy sposób zestawione — przypadki kryminalności stanów afektywnych, pokrewnych psychozie szałowo-posępniczej, co do jakości nastroju w momencie dokonania czynu występnego, dowiadujemy się, że nastrój dodatni podniecenia manjakalnego i hypomanjakalnego lub podobnych doń stanów miał miejsce w 34 przypadkach czynów kryminalnych, nastrój zaś ujemny — depresji, lęku, hypodepresji, lub stanów temu nastrojowi pokrewnych zachodził w 24 przypadkach.

W zakresie poszczególnych kategorji przestępstw nastrój ujemny zaznaczył swoją przewagę nad nastrojem dodatnim wyraźnie i jaskrawo przy zbrodni pozbawienia życia, w którym to przypadku na 4 zabójców podnieconych przypada 12 zabójstw, dokonanych w przygnębieniu.

Różnica ta szczególnie jaskrawo występuje u chorych płci żeńskiej, u których winna pozbawienia życia w jednym tylko przypadku pozostawała w podnieceniu hypomanjakalnem, podczas gdy zabójstwo w przygnębieniu popełniło aż 7 kobiet chorych.

W zakresie przestępstw, kwalifikowanych przez kodeks karny, jako uszkodzenie mienia, a dotyczących w naszym materjale wyłącznie tylko podpalania, przewaga przypada przy ogólnym rachunku na stany podnieceń (8 : 6), przewaga ta zaznacza się jednak tylko u chorych płci męskiej, u których stany podniecenia górują nad przygnębieniem 6-o krotnie. U chorych płci żeńskiej spotykamy zjawisko odwrotne: na 2 podpalenia, dokonane w podnieceniu, przypada 5 przypadków podpalenia u kobiet, dokonanych w przygnębieniu.

Przewaga nastroju dodatniego nad ujemnym zaznacza się w czynach występnych psychicznie chorych także i w rubryce przestępstw, kwalifikowanych przez kodeks karny jako kradzież, rozbój i wymuszenie. Jest ona 6-okrotną w stosunku do stanów depresji.

Liczby, dotyczące innych rodzajów przestępstw, są zbyt małe

ażeby dawały prawo do wyciągania podobnych wniosków. Pewne czyny występne, jak oszustwa, fałsz i zakłócenie spokoju publicznego przypadają dla łatwo zrozumiałych powodów wyłącznie tylko na stany podnieceń.

W stosunku do ogólnej przestępczości obserwowanych przez nas przypadków sądowo-psychjatrycznych, przestępczość chorych z omawianym tutaj rodzajem zaburzeń życia afektywnego wyraża się w poszczególnych kategorjach przestępstw w następujących odsetkach.

1) W przestępstwach, zarubrykowanych jako „zdrada stanu", a dotyczących różnego rodzaju działalności antypaństwowej, jak przynależność do partji komunistycznej, szpiegostwo, demonstracje antypaństwowe itp., udział tej kategorji chorych wynosił 42,9%, przyczem u chorych mężczyzn 35,%, u kobiet aż 75%.

2) W przestępstwach, należących do kategorji „nieposłuszeństwa władzom", udział tej kategorji chorych stanowi 5,9% ogółu wypadków.

3) W pogwałceniu przepisów, zabezpieczających spokój publiczny, — 22,2% przyczem na chorych mężczyzn przypada *14,3%, na kobiety zaś 50%*.

4) Przestępstw, zaliczonych przez kodeks karny do kategorji fałszu, dokonywali wyłącznie tylko mężczyźni, przyczem chorzy z zaburzeniami afektywnemi omawianego tu typu stanowili 16,6% ogółu przypadków.

5) W przestępstwie, nazywanem ogólną nazwą „pozbawienie życia", zaburzenia afektywne omawianego tu typu zachodziły w 11,4% przypadków (u mężczyzn 6,8%, u kobiet 36,3%).

6) W przestępstwach, zaliczanych do kategorji uszkodzenia ciała i gwałtu na osobie — 5,5%.

7) W przestępstwach, które kodeks karny obejmuje ogólną nazwą „nierządu", dotyczących w rzeczywistości różnorodnych przestępstw na tle seksualnem, w większości wypadków zgwałcenia, dalej obcowania płciowego i czynów lubieżnych z nieletniemi, stosunków płciowych kazirodczych i tp., tylko jeden chory ujawnił zaburzenie o typie reakcji depresyjnej, co odpowiadałoby w stosunku do tej kategorji przestępczości psychicznie chorych—4,2%

8) W przestępstwach, obejmowanych nazwą „uszkodzenia mienia" i dotyczących wyłącznie tylko podpalań, zaburzenia afektywne cyklotymiczne dostrzegliśmy w 17,1% przypadków (u mężczyzn 11,9%, u kobiet 30,4%).

9) W przestępstwach z kategorji kradzieży, rozboju i wymu-

szenia udział cyklotymików zaznaczył się w 4,9% (3,2% u mężczyzn 16,6% u kobiet).

10) W oszustwie — 14,3% (10,5% u mężczyzn, 50% u kobiet).

11) W przestępstwach na służbie państwowej — w 7,7%.

12) W różnych innych, rzadziej zachodzących przestępstwach udział cyklotymików płci obojga wyraził się w 5,8% ogółu przypadków tej kategorji.

Porównanie przestępczości semitów do przestępczości aryjczyków, które zaznaczyło się tak jaskrawo znacznym udziałem semitów w grupie chorych z wyraźnemi objawami psychozy szałowo-posępniczej, nie wykazuje już takiego udziału, jeżeli zestawimy przestępczość semitów i aryjczyków w szerszych ramkach cyklotymicznych zaburzeń afektywnych w różnych innych stanach patologicznych. W ogólnej liczbie 60 przypadków tej kategorji semici reprezentowani są w liczbie 9 przypadków, co stanowi już tylko 15% ogółu przypadków i odpowiada w przybliżeniu ich procentowej reprezentacji zarówno wśród ogółu chorych, leczonych w zakładzie, jak i śród ogółu chorych podsądnych. Stosunkowo znaczniejszy udział semitów w tem zestawieniu zaznacza się w przestępstwach politycznych, w podpalaniu i kradzieży.

W grupie chorych podsądnych, przejawiających cyklotymiczne zaburzenia afektu, spotykamy co do budowy ciała typ pykniczny w 26 przypadkach (43,3%); u mężczyzn w 39% przypadków, u kobiet w 50% przypadków. Typ asteniczny występował w 11 przypadkach (18,3%), typ atletyczny w 3 przypadkach (5%), w pozostałych 20 przypadkach (33,4%) typ budowy ciała nie był zaznaczony dość wyraźnie.

Zdajemy sobie dobrze sprawę z tego, że kazuistyka psychjatryczno-sądowa nie stanowi miary dla biologicznej oceny postępowania ludzkiego. Z czynów, społecznie niepożądanych, a przez to samo też i biologicznie niedostosowanych, nie każdy jest przedmiotem zakazu prawnego, z czynów, przez prawo wzbronionych, nie każdy dochodzi do wiadomości sądów. Cały szereg okoliczności przypadkowych wpływa na to, że w pewnych razach błahe uchybienie od norm prawnych zostaje zakwalifikowane jako działanie występne i jako takie ścigane, w innych zaś — znaczne odchylenia reakcyj w kierunku nawet przez prawo zakazanym wyślizgują się z pod oceny władz sądowych.

Z czynów, zwanych występnemi, znikoma tylko cząstka staje się przedmiotem ekspertyzy psychjatrycznej, z tych zaś, które dochodzą do wiadomości psychjatrów, nie wszystkie znajdują należyte

i dostateczne oświetlenie psychopatologiczne ze względu na brak danych anamnestycznych i niewystarczający niekiedy czas obserwacji.

Kazuistyka psychjatryczno-sądowa, obejmująca większy materjał statystyczny w zestawieniu porównawczem, mogłaby przecież rzucić pewne światło na nozologiczną stronę tych spraw chorobowych, które stały się przyczyną konfliktu chorego z kodeksem karnym.

Amerykański autor *Karpman* w swoich „Studjach klinicznych nad psychopatologją przestępstwa" wypowiada słuszne niewątpliwie zdanie, ze „pomimo pozorów przypadkowości, przestępstwo jest uwarunkowane ukształtowaniem psychicznem osobnika". Przestępstwo—zdaniem *Karpmana* — ujawnia konflikt pomiędzy zasadniczemi instynktowemi popędami biologicznemi: dążeniem do zachowania własnego bytu, popędem płciowym i popędem stadnym. Rozróżnia on dwa typy zasadnicze reakcyj przestępczych:

1) typ reakcji przestępczej, w którym czyn występny wynika z pobudek wewnętrznopochodnych, powstaje na tle kompleksu i jest jakgdyby ujawnieniem się symbolicznem jakiegoś antysocjalnego popędu płciowego.

2) typ, w którym przestępstwo wynika z pobudek zewnętrznych i jest wyrazem wzmożonej reakcji afektywnej.

Różnica pomiędzy temi dwoma typami ujawnia się zarówno w samym mechanizmie czynu występnego, jak i w psychozach, powstających po uwięzieniu, które wykazują cechy reakcji bądź schizofrenicznej, bądź afektywnej.

Jeżeli wzmożona reakcja afektywna nadaje pewne szczególne piętno przestępczości, to i vice versa: przestępczość może w pewnej mierze charakteryzować reakcję afektywną.

Charakter nozologiczny psychozy szałowo-posępniczej nie jest jeszcze usktalony. Jeżeli pominąć krańcowe stanowisko *Rittershausa*, który w obrazie opisywanym pod nazwą psychozy szałowo-posępniczej, widzi jedynie tylko zespół objawów, a nie jednostkę chorobową, większość autorów zalicza psychozę szałowo-posępniczą do kategorji zaburzeń psychicznych degeneracyjnych. Na takiem stanowisku stoju *Alzheimer, Bumke, Homburger, Willmans.*

Zasadniczo takie samo stanowisko zajmuje także *Stransky*, autor jednej z obszerniejszych monografji, poświęconych psychozie manjakalno-depresyjnej.

Znamion głęboko sięgającego charakteru degeneracyjnego psychozy szałowo-posępniczej dopatruje się *Stransky* w skłonności tej psychozy do nawrotów perjodycznych lub do przebiegu naprzemien-

nego, w tem, że atakuje ona psychikę przeważnie ze strony afektywnej tylko, że cechują ją tak wybitne zmiany nastrojów, które stanowią jeden z częstszych przejawów zwyrodnienia psychopatycznego.

Dziedziczno-biologiczne i konstytucjonalistyczne ujęcie sprawy psychozy szałowo-posępniczej, łącznie z cyklotymją czy syntonją, nie przeczy temu poglądowi; dąży ono do wyraźniejszego rozgraniczenia i zaszeregowania cech różnych typów zwyrodnienia, mając na widoku nietylko psychologiczną, ale i psychobiologiczną istotę zjawiska patologicznego.

Przejawy degeneracyjne psychiki są to właśnie te przejawy, z któremi spotykamy się na porządku dziennym w zjawisku przestępczości, które odgrywają w przestępczości tak doniosłą rolę.

Wyróżniająco słaby udział w przestępczości zarówno psychozy szałowo-posępniczej, jak i tego, co pozwoliłem sobie wyodrębnić pod nazwą elementu cyklotymicznego w innych sprawach chorobowych, wskazywałby na to, że ten typ zwyrodnienia psychicznego, który ujawnia się w psychozie szałowo-posępniczej, w cyklotymji i stanach pokrewnych, zajmuje miejsce osobne w szeregu innych typów zwyrodnienia, tak bardzo naogół podatnym do ujawniania się w działalności antyspołecznej, że jest on pod tym szczególnym względem mniej groźny i przez to naogół, ilościowo rzeczy biorąc, mniej niebezpieczny.

Odrębne właściwości czynnnika cyklotymicznego ujawniają się nietylko w statystyce. Możemy je dostrzec także i w tych przypadkach, w których ten element splata się z innemi przejawami degeneracji, zwłaszcza temi, w których tendencje antyspołeczne imponują w obrazie symptomatologicznym.

W podobnych przypadkach mamy do czynienia z uporczywą skłonnością do czynów występnych właśnie w okresie wolnym od fazowych zmian nastroju, a nawet z przytłumieniem tych skłonności w okresach podnieceń manjakalnych, jak również i w okresach depresji.

*
* *

Wywody nasze odpowiadają naogół tym poglądom na psychozę manjakalno-depresyjną, jakie urabiają się w ostatnich czasach w literaturze psychjatrycznej w związku z nauką o konstytucji psychofizycznej.

Jako patologiczny wyraz syntonji, psychoza szałowo-posępnicza nie może odbiegać od zasadniczych rysów swojej kostytucji pod względem jej właściwości społecznych. „Człowiek, reagujący syntonicznie, mówi *Bleuler*, jest jednolity we wszystkich swoich funkcjach;

cała jego psychika współczuje z otoczeniem chwili i z ideą, która go zajmuje w danym momencie. *Jest on istotą par excellence socjalną, jak pszczoła lub mrówka*". Znakomita zdolność adaptacyjna syntonika, wysuwana przez *Bleulera*, jako jego plus biologiczny, powinna go chronić od konfliktów z otoczeniem i kodeksem karnym nawet w przypadku chorobliwego nadmiaru wahań afektywnych, ujawnianego w psychozie, tak samo jak w warunkach fizjologicznych chroni ona od tych konfliktów kobietę z jej specyficznem nastawieniem uczuciowem, któremu *Gina Lombroso* nadała trafną nazwę „alterocentryzmu". Jeżeli psychika dziecka z jego oddziaływaniem bezpośredniem, dostosowującem go do otoczenia tak znakomicie, że się z niem niemal całkowicie zlewa (*Mazurkiewicz*) ma być prototypem psychiki syntonicznej, nie możemy oczekiwać od syntonika czynów kryminalnych, któreby go przeciwstawiały eo ipso otaczającemu społeczeństwu. Zasadniczy rys syntonicznej współdźwięczności uczuć u chorych, cierpiących na psychozę manjakalną, tlumaczy dostatecznie słaby udział tych chorych w statystyce kryminalno-psychopatologicznej; należałoby się może raczej dziwić, że nawet w niewielkim odsetku spotykamy wogóle tych chorych wśród przestępców.

Inaczej nieco przedstawiałaby się sprawa kryminalności syntoników w fazie depresyjnej.

To wszystko, co się pisze i mówi o harmonji syntoników z otoczeniem, dotyczyć może jedynie tylko faz nastroju dodatniego syntonika. Uczucia o treści ujemnej z natury rzeczy nie mogą sprzyjać tej harmonji, rozrywają ją raczej i stają się źródłem konfliktu.

Jeżeli *Bleuler* mówi, że „jedynie tylko syntonja wydaje nam się zrozumiałą, zdrową i normalną", to ma on niewątpliwie na myśli tylko syntonję z dobrem samopoczuciem, mówi on bowiem zaraz potem, że „gdybyśmy chcieli stwarzać Adama, uformowalibyśmy go syntonicznie *z nastrojem zlekka manjakalnym*, któryby mu nadał cechy natury słonecznej".

Fazy nastroju ujemnego nie zawierają w sobie tych pierwiastków korzyści biologicznej dla ustroju, które wnoszą nastroje dododatnie. Są one raczej ab origine nawet w najlżejszych przejawach raczej biologicznie szkodliwe. Nastrój przygnębienia nie posiada uprawnienia do bytu w warunkach fizjologicznych; samo jego zjawienie się oddala ustrój od ideału „normy" i trąci patologją. Nastrój przygnębienia nie jest też obojętny dla społecznej strony życia osobnika: hamuje on jego działanie, obniża jego sprawność, a w przypadkach szczególnych pcha go na tory aktów samobójczych i zbrodniczych.

Dalecy jesteśmy jeszcze od poznania mechanizmu patologicznej naprzemienności nastrojów w psychozie manjakalno-depresyjnej. Wiemy jedynie to tylko, że wyrasta ona na jednem wspólnem podłożu choroby. Fakt, że w wielu przypadkach jedna z faz zapowiada drugą, dyktuje nam rezerwę w stosunku do ponętnego obrazu nawet słoneczną radością opromienionego lekkiego podniecenia manjakalnego. Manjakalny Adam mógłby nas zawieść jako idealny protoplasta rodzaju ludzkiego, mógłby zapaść w stan melancholijnej depresji i może nawet unicestwić budzący się do życia rodzaj ludzki.

Wnioski:

1. W porównaniu z innemi sprawami psychopatologicznemi psychoza manjakalno-depresyjna zdarza się w kazuistyce kryminalno-psychopatologicznej stosunkowo rzadko. Także i w szeregu klinicznie wyodrębnionych postaci zaburzeń psychicznych zajmuje ona pod względem skutków kryminalnych jedno z ostatnich miejsc, ustępując pierwszeństwa niemal wszystkim częściej spotykanym postaciom zaburzeń psychicznych.

2. Przejawy kliniczne, objawowo zbliżone do psychozy szałowo posępniczej, jako to: okresowy przebieg w schizofrenji, przejawy cyklotymiczne psychopatji ustrojowej, przejawy depresji psychorodnej w psychozach reaktywnych, przejawy depresji w psychozach przedstarczych i starczych oraz perjodyczność u niektórych alkoholików spotykają się w kazuistyce kryminalno-psychopatologicznej niezbyt często, podobnie jak sama psychoza szałowo-posępnicza, co zdaje się wskazywać na to, że cykloidalne właściwości psychiki nie stanowią tła szczególnie niebezpiecznego pod względem kryminalno-psychopatologicznym.

3. Z dwu faz psychozy szałowo-posępniczej groźniejszą jest pod względem skutków kryminalnych faza depresji. Usposabia ona do czynów kryminalnych częściej, niż faza manjakalna i przestępstwa, popełniane w tej fazie, należą do cięższych i społecznie groźniejszych.

4. W psychobiologicznej genezie występku czynniki rasy i płci ustępują przed czynnikami choroby, które wpływ czynników płci i rasy mogą całkowicie zniwelować.

5. Właściwości kryminalno-psychopatologiczne psychozy manjakalno-depresyjnej wyróżniają ją jaskrawo od innych stanów degeneracyjnych psychiki.

6, Czas internowania w zakładzie leczniczym osób, które pod wpływem psychozy manjakalno-depresyjnej dokonały jednego z przestępstw, warunkujących bezwzględne umieszczenie w zakładzie leczniczym po myśli kategorycznego brzmienia cz. II § 39 Kodeksu Karnego, obowiązującego na ziemiach b. zaboru rosyjskiego, nie może być określony szablonowo. Miarodajnemi powinny być tu przesłanki lekarskie, liczące się z indywidualnemi właściwościami przypadku i względami natury społecznej.

TABLICA I.

STOSUNEK PACJENTÓW KRYMINALNYCH DO OGÓLNEJ LICZBY CHORYCH LECZONYCH W ZAKŁADZIE W OKRESIE 1. I 1920—31. XII 1926.

L. P.	RODZAJ CHOROBY	Liczba leczonych			Licyba przestępców kryminalnych			Stosunek % pacjentów kryminalnych		
		Mężcz.	Kob.	Razem	Mężcz.	Kob.	Razem	Mężcz.	Kobiet	Razem
1	Oligophrenia.	226	98	324	101	18	119	44,7	18,4	36,7
2	Schizophrenia.	1107	940	2047	81	22	103	7,3	2,3	5
3	Psych. constitutionalis.	119	38	157	78	17	95	65,5	44,7	60,5
4	Narcomania (alcoh. morph. cocainismus).	131	22	153	49	3	52	37,4	13,6	34
5	Epilepsia	160	76	236	26	4	30	16,3	5,3	12,7
6	Psych. reactiva.	48	6	54	33	1	34	68,7	16,7	63
7	Psych. organiczne	448	253	701	28	9	37	6,2	3,6	5,3
8	Psychos. man.-depr.	156	182	338	5	7	12	3,2	3,8	3,5
9	Paranoia	6	—	6	4	—	4	66,7	—	66,7
10	Psych. infectiosa.	9	25	34	1	—	1	11,1	—	3
11	Wszystkie inne. Brak obj. patol. simulatio.	63	61	124	21/23	1	22/23	70	1,6	36,3
	RAZEM	2473	1701	4174	450	82	532	18,2	4,8	12,7
		59,3%	40,7%	100%	84,6%	15,4%	100%			

Tabl. II.

Dane statystyczne

dotyczące popełnionych czynów występnych z wyszczególnieniem stanów patologicznych ich sprawców w okresie 1.I.1920—31.XII.1926 r.

LICZBA OSÓB		
Mężczyzn	Kobiet	Razem
450	82	532

L. p.	Rodzaj choroby	1 Pogwałcenie przepisów ochraniających religię			2 Zdrada główna przestępstwa polityczne			3 Nieposłuszeństwo władzom			4 Pogwałcenie przepisów zabezpieczających spokój publiczny			5 Pogwałcenie przepisów nadzoru nad moralnością publiczną		
		Cz. 2 K.K.			Cz. 3 K.K.			Cz. 6 K.K.			Cz. 12 K.K.			Cz. 13 K.K.		
		Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.
1	Oligophrenia	—	—	—	—	—	—	1	2	3	3	—	3	—	—	—
2	Schizophrenia	2	—	2	2	1	3	1	—	1	4	3	7	—	—	—
3	Psychopatia constitution	—	—	—	7	3	10	10	—	10	3	—	3	—	—	—
4	Narcomania (alcoholism. morph. cocainismus	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—
5	Epilepsia	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Psychosis reactiva	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Psychosis organica	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	—	1	1	—	1
8	Psychos. man. depr.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—
9	Paranoia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—
10	Psychos. infectiosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Rozpozn. nieustalone. Brak objawów patol.	—	—	—	1 1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Simulatio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Razem	3	—	3	17	4	21	15	2	17	14	4	18	1	—	1
	%	0,7	—	0,5	3,8	4,9	4	3,3	2,4	3,2	3,1	4,9	3,4	0,2	—	0,2

L. p.	Rodzaj choroby	6 Fałsz			7 Pozbawienie życia			8 Uszkodzenie ciała i gwałt na osobie			9 Nierząd (przestępstwa seksualne)			10 Uszkodzenie mienia		
		Cz. 21 K.K.			Cz. 22 K.K.			Cz. 23 K.K.			Cz. 27 K.K.			Cz. 30 K.K.		
		Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.
1	Oligophrenia	1	—	1	24	3	27	6	—	6	13	1	14	16	8	24
2	Schizophrenia	2	—	2	25	11	36	3	—	3	3	—	3	25	3	28
3	Psychopatia constitution	2	—	2	20	2	22	1	—	1	4	1	5	2	—	2
4	Narcomania (alcoholism. morph. cocainismus	3	—	3	16	—	16	5	—	5	3	—	3	2	1	3
5	Epilepsia	—	—	—	11	2	13	2	—	2	—	—	—	3	1	4
6	Psychosis reactiva	1	—	1	7	—	7	1	—	1	1	—	1	—	—	—
7	Psychosis organica	1	—	1	6	2	8	—	—	—	—	—	—	5	7	12
8	Psychos. man. depr.	—	—	—	1	2	3	—	—	—	—	—	—	2	2	4
9	Paranoia	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Psychos. infectiosa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Rozpozn. nieustalone. Brak objawów patol.	1	—	1	1 1	—	2	—	—	—	—	—	—	3	1	4
12	Simulatio	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	Razem	12	—	12	118	22	140	18	—	18	24	2	26	59	23	82
	%	2,7	—	2,2	26,2	26,8	26,3	4	—	3,4	5,3	2,4	4,9	13,1	28,1	15,4

L. p.	Rodzaj choroby	11 Kradzieże, rozbój i wymuszenie			12 Oszustwo			13 Przestępstwo na służbie państwowej			14 Inne			RAZEM			%		
		Cz. 32 K.K.			Cz. 33 K.K.			Cz. 37 K.K.											
		Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.	Męż.	Kobiet	Raz.
1	Oligophrenia	34	3	37	2	—	2	—	—	—	1	1	2	101	18	119	22,5	22	22,3
2	Schizophrenia	11	2	13	1	—	1	—	—	—	2	2	4	81	22	103	18	26,8	19,4
3	Psychopatia constitution	12	9	21	12	1	13	3	—	3	2	1	3	78	17	95	17,3	20.7	17,9
4	Narcomania (alcoholism. morph. cocainismus	12	1	13	3	1	4	1	—	1	2	—	2	49	3	52	10,9	3,6	9,8
5	Epilepsia	9	1	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	4	30	5,3	4,9	5,6
6	Psychosis reactiva	16	—	16	—	—	—	1	—	1	1	1	2	33	1	34	7,5	1,2	6,4
7	Psychosis organica	8	—	8	—	—	—	1	—	1	3	—	3	28	9	37	6,2	11	7
8	Psychos. man. depr.	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	7	12	1,1	8,5	2,2
9	Paranoia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	0,9	—	0,8
10	Psychos. infectiosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,2	—	0,2
11	Rozpozn. nieustalone. Brak objawów patol.	6 2	—	8	—	—	—	4	—	4	1	—	1	12 9	1	22	2,7 2	1,2	4,1
12	Simulatio	14	—	14	1	—	1	3	—	3	—	—	—	23	—	23	5,1	—	4,3
	Razem	125	18	143	19	2	21	13	—	13	12	5	17	450	82	532	100	100	100
	%	27,8	22	26,9	4,2	2,4	4	2,9	—	2,4	2,7	6,1	3,7	100	100	100			

Wyjaśnienie:
1. Przypadki stanów patologicznych powikłanych zaliczone zostały według objawów dominujących.
2. Przy zbiegu czynów występnych przypadek zaliczono do kategorji występku cięższego.
3. Usiłowanie czynu występnego zaliczono do kategorji odpowiadających czynowi dokonanemu.

Tab. III.

C z y n y   w y s t ę p n e,

dokonane przez osoby cierpiące na psychozę szałowo-posępniczą, w zestawieniu z przypadkami stanów pokrewnych tej psychozie.

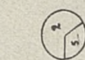
		1 Pogwałcenie przepisów ochraniających religię Cz. 2 K. K.			2 Zdrada główna Cz. 3 K. K.			3 Nieposłuszeństwo władzom Cz. 6 K. K.			4 Pogwałcenie przepisów zabezpiecz. spokój publiczny Cz. 12 K. K.			5 Pogwałcenie przepisów nadzoru nad moralnością publiczną Cz. 13 K. K.			6 Fałsz Cz. 21 K. K.			7 Pozbawienie życia Cz. 22 K. K.		
		Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.
1	**Ogólna liczba przypadków obserwowanych**	3	—	3	17	4	21	15	2	17	14	4	18	1	—	1	12	—	12	118	22	140
2	Psychoza szałowo-posępnicza	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	2	3
3	Nieustalone co do rozpoznania psych. ostre o prawdopodobnym przebiegu maniak.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
4	Psychoza przedstarcza o charakterze depresyjnym	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
5	Schizophrenia circularis agitata et depress.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	1	—	1	2	4	6
6	Dipsomania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Psychopat. coustitt. z objawami hypomanji i depresji	—	—	—	1	3	4	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
8	Psychozy reakcyjne o przebiegu depresyjnym	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
	Razem	—	—	—	6	3	9	1	—	1	2	2	4	—	—	—	2	—	2	8	8	16
	w %	—	—	—	35,3	75,0	42,9	6,6	—	5,9	14,3	50,0	22,2	—	—	—	16,6	—	16,6	6,8	36,3	11,4
	Z liczb powyż. przypada:																					
	a) Na podniecenia maniakalne	—	—	—	1	3	4	1	—	1	2	2	4	—	—	—	2.	—	2	3	1	4
	b) Na stany depresyjne	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	7	12
	a) na *Aryjczyków*	—	—	—	5	2	7	1	—	1	2	1	3	—	—	—	2	—	2	7	8	15
	b) na *Semitów*	—	—	—	1	1	2	—	—	—	--	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1

		8 Uszkodzenie ciała i gwałt na osobie Cz. 23 K. K.			9 Nierząd (przestępstwa seksualne) Cz. 27 K. K.			10 Uszkodzenie mienia Cz. 30 K. K.			11 Kradzież, rozbój i wymuszenie Cz. 32 K. K.			12 Oszustwo Cz. 33 K. K.			13 Przestępstwo na służbie państwowej Cz. 37 K. K.			14 Inne			RAZEM			%
		Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Męż.	Kob.	Raz.	Ogółem
1	**Ogólna liczba przypadków obserwowanych**	18	—	18	24	2	26	59	23	82	125	18	143	19	2	21	13	—	13	12	5	17	450	82	532	
2	Psychoza szałowo-posępnicza	—	—	—	—	—	—	2	2	4	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	7	12	2,2
3	Nieustalone co do rozpoznania psych. ostre o prawdopodobnym przebiegu maniak.	—	—	—	—	—	—	3	1	4	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	7	1,3
4	Psychoza przedstarcza o charakterze depresyjnym	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	7	1,3
5	Schizophrenia circularis agitata et depress.	1	—	1	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	5	12	2,2
6	Dipsomania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Psychopat. coustitt. z objawami hypomanji i depresji	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	1	3	1	—	1	1	—	1	9	5	14	2,6
8	Psychozy reakcyjne o przebiegu depresyjnym	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	8	1,5
	Razem	1	—	1	1	—	1	7	7	14	4	3	7	2	1	3	1	—	1	1	—	1	36	24	60	—
	w %	5,5	—	5,5	4,2	—	3,9	11,9	30,4	17,1	3,2	16,6	4,9	10,5	50,0	14,3	7,7	—	7,7	8,3	—	5,8	—	—	—	8,0 29,2 11,2
	Z liczb powyż. przypada:																									
	a) Na podniecenia maniakalne	1	—	1	—	—	—	6	2	8	3	3	6	2	1	3	—	—	—	1	—	1	22	12	34	56.6
	b) Na stany depresyjne	—	—	—	1	—	1	1	5	6	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	14	12	26	43,4
	a) na *Aryjczyków*	1	—	1	1	—	1	6	6	12	2	2	4	2	1	3	1	—	1	1	—	1	31	20	51	85
	b) na *Semitów*	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	-	15

TABLICA IV.

CZYNY WYSTĘPNE

w świetle wyniku badań psychiatrycznych



Pogwałcenie przepisów ochran. religję. L. P. 3



Zdrada Główna. L. P. 21



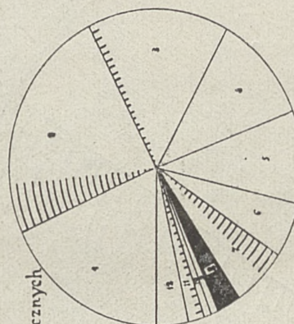
Niepost. władzom. L. P. 17



Pogwałcenie przepisów zabezpiecz. spokój publiczny. L. P. 18



Fałsz L. P. 12



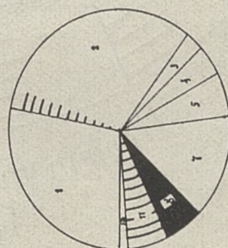
Pozbawienie życia L. P. 140



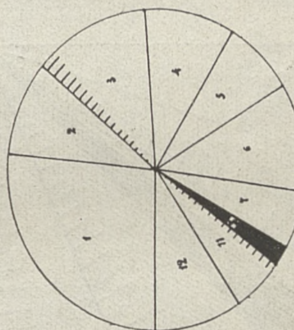
Uszkodzenie ciała i gwałt na osobie L. P. 18



Nierząd L. P. 27



Uszkodzenie mienia L. P. 82



Kradzież, rozbój i wymus. L. P. 143



Oszustwo L. P. 21

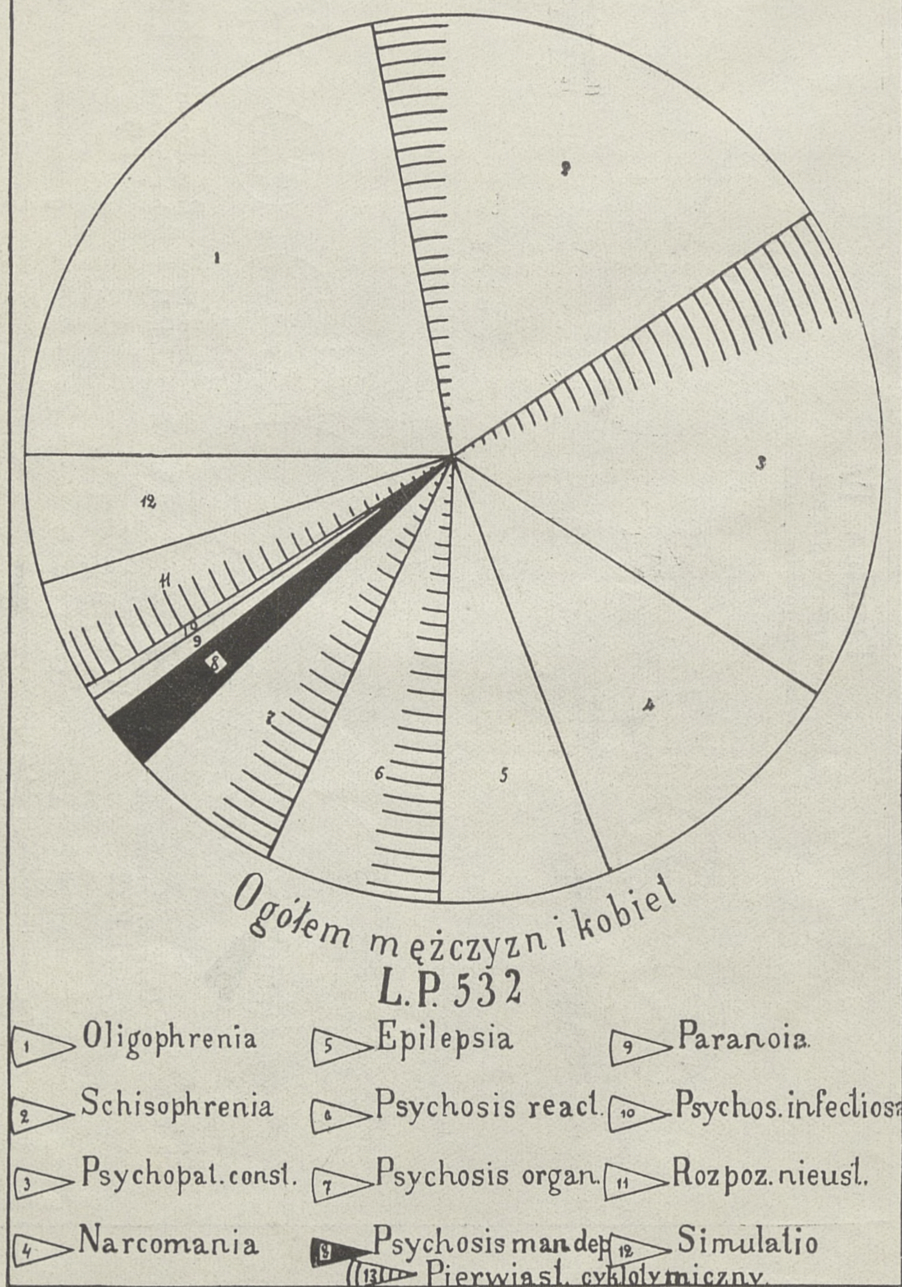


Przest. na służ. bie Państw. L. P. 13

Inne L. P. 17

1 Oligophrenia
2 Schisophrenia
3 Psychopat. const.
4 Narcomania
5 Epilepsia
6 Psychosis reactiva
7 Psychosis organ.
8 Psych. man.-depr.
9 Paranoia
10 Psychos. infectiosa
11 Rozpozn. nieustal. Brak objaw.
12 Simulatio
13 Pierwiastek cyklotymiczny

TABLICA V.

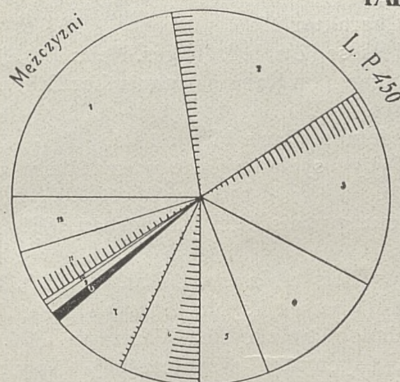

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
Ogółem mężczyzn i kobiet
L. P. 532
1 Oligophrenia
5 Epilepsia
9 Paranoia
2 Schisophrenia
6 Psychosis react.
10 Psychos. infectiosa
3 Psychopat. const.
7 Psychosis organ.
11 Rozpoz. nieust.
4 Narcomania
8 Psychosis man. dep.
12 Simulatio
13 Pierwiast. cyklotymiczny

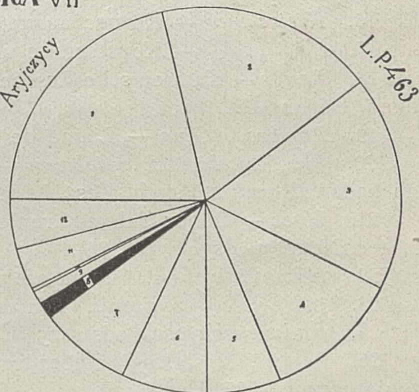
TABLICA VI.

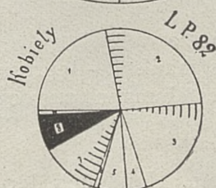
STOSUNEK MĘŻCZYZN DO KOBIET; SEMITÓW DO ARYJCZYKÓW WŚRÓD PODSĄDNYCH.

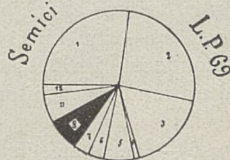
N.		Ogólna liczba przypadków							Z tej liczby objawy cyklotym. występowały u:						
		Mężcz.		Kobiet		Obojga płci razem			Mężcz.		Kobiat		Obojga płci razem		
		Ar.	Sem.	Ar.	Sem.	Ar.	Sem.	Raz.	Ar.	Sem.	Ar.	Sem.	Ar.	Sem.	Raz.
1	Oligophrenia	87	14	13	5	100	19	119	—	—	—	—	—	—	—
2	Schizophrenia	67	14	18	4	85	18	103	6	1	5	—	11	1	12
3	Psychopatia constition.	69	9	14	3	83	12	95	9	—	4	1	13	1	14
4	Narcomania	48	1	3	—	51	1	52	—	—	—	—	—	—	—
5	Epilepsia	22	4	4	—	26	4	30	—	—	—	—	—	—	—
6	Psychosis reactiva	31	2	1	—	32	2	34	7	1	—	—	7	1	8
7	Psychosis organica	26	2	9	—	35	2	37	1	—	6	—	7	—	7
8	Psych. maniaco-depres.	3	2	4	3	7	5	12	3	2	4	3	7	5	12
9	Paranoia	4				4		4	—	—	—	—	—	—	—
10	Psychosis infectiosa	1				1		1	—	—	—	—	—	—	—
11	Rozpoz. nieustalone	17	4	1		18	4	22	5	1	1	—	6	1	7
12	Simulatio	21	2			21	2	23	—	—	—	—	—	—	—
	Razem	396	54	67	15	463	69	532	31	5	20	4	51	9	60
		450		82					36		24				

TABLICA VII









Piśmiennictwo.

1. *Alzheimer* — Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie Ztsch. f. die ges. Neur. u. Psych. Bd. 1 1910).

2. *Birnbaum*—Kryminalpsychopatologie. Berlin 1921.

3. *Bleuler*—Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie (Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 78 S. 381).

4. *Bumke*—Ueber die Umgrenzung des man. depr. Irresein (Ztrbl. für Nervenheilkunde u. Psychiatrie Bd. 32 1909 S. 381).

5. *Bumke*—Die Diagnose der Geisteskrankheiten 1919.

6. *Dupré*—Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris. Payot 1925.

7. *Ewald* — Das manisch—melancholische Irresein und die Frage der Krankheitseinheit (Ztsch. f. die ges. Neur. u. Psych. Bd. 63 1921 S. 64).

8. *Ewald* — Paranoia und manisch—depressives Irresein (Ztsch. f. die ges. Neur. u. Psych. Bd. 49 1919 S. 270).

9. *Ewald*—Zur Frage der klinischen Zusammengehörigkeit der symptomatischen Psychosen. (Monatschr. f. Psych. u. Neur. B. 44 — 1918 S. 127—218).

10. *Hoche* — Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie 1909.

11. „ — Die Bedeutung der Symptomenkomplekse in der Psychiatrie (Ztsch f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 12 1912 S. 450).

12. *Homburger* — Die Literatur des man. depr. Irreseins 1906 — 1910 (Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. 2 1910)

13. *Kahn E.* — Manisch Depresives Irresein — Jahresbericht der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik München. — (Archiv. für Psychiatrie Bd. 80 1 u. 2 H. 1927).

14. *Karpman* — Psychoses in Criminals. Clinical studies in the psychopatology of crime. (The Journal of Nerfous and Mental Disease 1926 T. 6. N. 4 i 5) Streszczenie Koelichena w Pol. Gaz. Lek. 1927.

15. *Kraepeliu* — Psychiatrie VIII Aufl.

16. *Kretschmer* — Körperbau und Charakter 1926.

17. „ — Konstitution und Rasse (Ztsch. f. die ges. Neur. Bd. 824.

18. *Lange* — Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin 1922.

19. *Lombroso Gina* — L'ame de la femme Paris Payot 1926.

20. *W. Matecki i H. Spidbaum* — Typy psychofizyczne w świetle wlasnych badań (Rocznik Psych. Zesz. V 1927).

21. *Mauz* — Ueber Schizophrenie mit pyknischem Körperbau (Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 86).

22. *Mazurkiewicz*—Patologja afektów (Polska Gazeta Lekarska 1924).

23. „ Syntonja i schizoid. (Rocznik Psychj. Zeszyt 111—1926).

24. *Radziwiłłowicz*—Podstawy psychologji w zarysie. Warszawa 1926.

25. „ Drogi i bezdroża psychjatrji współczesnej (Nowiny psychjatryczne 1927. Kw. I i II.

26. *Radziwiłłowicz*—Psychjatrja sądowa. Warszawa 1917.

27. *Rittershaus* — Die klinische Stellung des manisch—depresiven Irreseins unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zu organischen Gehirnkrankheiten und zur Epilepsie (Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 56 1920 S. 10).

28. *Stransky*—Das manisch depressive Irresein. Handbuch der Psychiatrie 1911).

29. *Störring Gustav*—Psychologie des menschlichen Gefühlslebens. II Aufl. Bonn 1922.
30. *Stern—Piper*—Konstitution und Rasse (Ztsch. f. d. g. N. u. P. Bd. 86).
31. *Witwicki*—Psychologja. Warszawa 1925—27.
32. *Wachholtz*—Psychopatologja sądowa.
33. *Wilmanns*—Zur differentialdiagnose der „funktionellen" Psychosen (Zentralbl. f. Nervenheil. u. Psych. Bd. 31 1097).
34. *Wulffen* — Psychologie des Verbrechens 1913.

RÉSUMÉ.

Les psychoses mélancoliques-maniaques (la folie maniaque-dépressive) en psychiatrie mèdico-lègale.

En psychologie, ainsi qu'en psychopathologie criminelle, ce sont les troubles de l'affectivitè du criminel qui jouent un rôle prédominant. Le caractère des troubles élémentaires de l'affectivité dans les psychoses mélancoliques-maniaques, devrait, comme il pourrait le paraitre, être favorable à la criminalité, mais la pratique légale psychiatrique nous indique—tout au contraire,—que le nombre des malades atteints de psychoses mélancoliques-maniaques dans la criminalité générale des aliénés est très restreint.

Analysant la statistique de la section des criminels à l' Hôpital psychiatrique de Tworki, statistique qui comprend 532 cas d'inculpés suspects d'aliénation mentale, l'auteur n'y trouve que 12 cas pour les psychoses mél-man., c'est-à-dire 2,2°/₀ de tous les cas. Un trait frappant pour les psychoses mél.-man. c'est la prédominance du sexe féminin, tandis que parmi les criminels sains ou malades, les femmes s'y rencontrent 5 ou 6 fois plus rarement que les hommes. Un autre fait qu'a souligné cette statistique, c'est la prédominance des malades d'origine sémitique sur les aryens. En comparant les données de la statistique criminelle de Pologne avec celle de la section des criminels de l' Hopital Psychiatrique l'auteur en déduit que la prédisposition pathologique psychique et le processus pathologique qui s'en développe, jouent dans l'étiologie de l' acte criminel, un rôle beaucoup plus important que les facteurs de race et de sexe. qui ne paraissent avoir aucune influence sur une maladie développée.

Des deux phases de la folie maniaque-dépressive, la plus dangereuse, au point de vue des conséquences criminelles, est la phase de dépression. C'est en état de depression que se produisent les cas d'homicide des mères sur leurs enfants (suicide collectif), les cas d'incendies et d'autres crimes. La plupart des crimes commis en état d'excitation maniaque, est de moindre importance.

La part minime que prennent les psychoses mél.-maniaques dans la criminalité des aliénés, a poussé l'auteur à chercher des éléments cyclothymiques chez les criminels atteints d'autres maladies mentales. Ces recherches furent faites dans les cas à diagnostic incertain, les cas de narcomanie, de schizophrénie, de psychopathie constitutionelle, de psychoses pénitentiaires, de maladie organique du cerveau. C'est à peine si dans 9% de tous les cas qu'on a pu déceler des troubles d'affectivité qui permettent de penser á la coëxistence d'élément cyclothymique chez ces malades. Ce n'est qu'à 11,2% sur tous les cas de psychiatrie légale, que montent les cas de psychoses mélancoliques-maniaques et ceux avec coëxistence d'élément cyclothymique. Ces données indiqueraient que le type de dégénération psychique qui se manifeste par des oscillations cycliques des états affectifs, différerait sensiblement des autres formes de dégénération par son peu de tendance aux actes criminels, par sa moindre nocivité sociale.

Les données statistiques et l' analyse des cas de psychoses mélancoliques-maniaques compliquées par un acte criminel, sont d'accord avec la caractéristique psychobiologique de la syntonie, qui est plutôt un terrain propice aux actions adaptées aux exigences de la société qu'aux actes antisociaux et criminels.

CHOROBY UMYSŁOWE U ŻYDÓW. [1])

podał

Dr. med. RAFAŁ BECKER (Zofjówka.)

Temat, który mam zaszczyt przedłożyć na dzisiejszem posiedzeniu, zagranicą, zwłaszcza w krajach o mowie germańskiej, bywa bardzo często przedmiotem rozważań i badań. Tematem tym jest zagadnienie nerwowości i rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród Żydów, które było zbadane przez wielu autorów.

Francuz *Meige*, uczeń *Charcota*, w swojej dysertacji p. t. „Żyd wieczny tułacz" (Le juif errant), był jednym z pierwszych autorów, który zwrócił uwagę na niezwykłą nerwowość Żydów. Wywody tego autora były jednak oparte głównie na wrażeniach ogólnych. Predyspozycja Żydów do chorób nerwowych i umysłowych została później zgodnie potwierdzona przez badaczy tej miary, co *Lombroso, Krafft-Ebbing, Benedikt, Kraepelin, Beadles, Kirchoff, Brosius, Buschau* i inni.

Ale pierwsze ścisłe badania w tym kierunku zostały przeprowadzone przez wiedeńskiego psychjatrę prof. *Pilcza* w roku 1906 w jego świetnej monografji p. t. „*Beitrag zur vergleichenden Psychiatric*", w której autor, opierając się na nader bogatym i różnorodnym materjale wiedeńskiej kliniki, dotyczącym wielu ras, w pewnym sensie mówi nawet o „psychosis judaica".

Po *Pilczu* szczególnie zajmował się tą kwestją *Max Sichel* z Frankfurtu, który wydał wyniki swych badań w całym szeregu prac, poświęconych etjologji i rozpowszechnieniu chorób umysłowych wśród żydów, operując wielkim materjałem zakładu psychjatrycznego we Frankfurcie. Pozatem *Hoppe i Wełdler* statystycznie opracowali materjał, dotyczący chorób umysłowych wśród ludności żydowskiej całej Austrji. W roku 1917 ukazała się praca *Sieberta* o psychozach i nerwicach wśród ludności Kurlandzkiej, podzielonej

[1]) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Polskiego Tow. Psychjatrycznego (oddział Warszawski) w Zofjówce (Otwock) dnia 8 maja 1927 r.

podług narodowości. Wreszcie w roku 1919 została opublikowana przezemnie praca o rozpowszechnieniu chorób umysłowych wśród ludności żydowskiej w Szwajcarji, oraz specjalna monografja na temat nerwowości u Żydów, jako przyczynek do psychjatrji rasowej, w której to pracy obok przeglądu krytycznego literatury, podaję również wyniki własnych spostrzeżeń o t. zw. „Nerwowości żydowskiej".

W ostatnich czasach ukazał się znów szereg prac na ten sam temat, jak n. p. *Langego*, psychjatry monachijskiego, poświęconej specjalnie psychozie manjakalno-depresyjnej u Żydów, dalej dwie prace *Guttmana*, również z kliniki Kraepelinowskiej, z których jedna omawia kwestję porażenia postępującego u Żydów, a druga poświęcona jest ogólnemu zagadnieniu rozpowszechniania chorób umysłowych wśród Żydów. Pozatem wyszło jeszcze studjum porównawcze *Sichla* o stanie chorób umysłowych wśród Żydów w czasach pokojowych i podczas ostatniej wojny światowej i w końcu dysertacja *Neustadta* z kliniki psychjatrycznej w Lipsku p. t. „Choroby umysłowe u Żydów".

Jak widzimy, literatura omawianego przedmiotu jest dość pokaźna. Ale co do ludności żydowskiej w Polsce, o ile wiem, do dziś dnia nie posiadamy żadnych prawie prac w tej dziedzinie. Poza małem statystycznem badaniem lekarza wojskowego *Eriksona* o zaburzeniach psychicznych u żydowskich i polskich żołnierzy, przeprowadzonem w szpitalu wojskowym w Warszawie w roku 1908, i opublikowanem w rosyjskiem czasopiśmie lekarskiem, oraz niektóremi mniejszemi publikacjami o charakterze ogólnym D-ra *Z. Bychowskiego*, — nie mamy właściwie w piśmiennictwie lekarskiem polskiem jakichbądź prac, zajmujących się kwestją rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród ludności żydowskiej w Polsce. Tymczasem studjum porównawcze o rozpowszechnieniu i rodzajach psychicznych zaburzeń wśród poszczególnych narodowości Polski byłoby ze wszech miar pożądane. Plan takiego badania został zresztą przez nas opracowany i, o ile uda się przezwyciężyć pewne trudności techniczno-finansowe, nie jest wykluczone, że będziemy w stanie takie badania wkrótce przeprowadzić i ich wynik przedstawić na najbliższym Zjeździe Psychjatrów Polskich.

Po tym krótkim historycznym zarysie przechodzimy do właściwego przedmiotu naszego odczytu i musimy już z góry zaznaczyć, że w naszych rozważaniach będziemy mieli do czynienia także z dość chwiejnemi psychjatrycznemi pojęciami, uwarunkowanemi samym rozwojem nauki psychjatrycznej. Wszak wiadomo, że

nawet porażenie postępujące występuje bardzo często pod innem rozpoznaniem i że w ujmowaniu klasyfikacji schizofrenji i psychozy manjakalno-depresyjnej panuje niezmiernie duża różnica poglądów.

W celu uniknięcia możliwych błędów, będziemy się trzymali podziału nie podług symptomatologji chorób umysłowych, lecz możliwie według momentów etjologicznych. Ten rodzaj podziału zdaje się być o tyle korzystniejszy, że w ten sposób, po pierwsze, można dojść do głębszego ujęcia zjawiska częstości zaburzeń psychicznych u Żydów, a po drugie można będzie uniknąć niedokładności rozpoznań, związanej zazwyczaj z niejednolitem rozgraniczaniem przy rozpoznaniach stanów chorobowych przez psychjatrów różnych szkół i kierunków.

Wszystkie postacie chorób umysłowych podzieliliśmy jak następuje:

1. Psychozy alkoholowe.
2. Padaczka.
3. Psychozy kiłowe.
4. Stany niedorozwoju umysłowego (wszystkie postacie oligofrenji).
5. Uwiąd starczy i otępienie miażdżycowe.
6. Wszystkie psychozy pochodzenia endogennego, nieposiadające jeszcze niewątpliwej podstawy organicznej jak schizofrenja, psychoza manjakalno-depresyjna i paranoia.

* * *

Wszyscy autorowie dochodzą do zgodnego wniosku, iż psychozy alkoholowe najrzadziej zdarzają się u Żydów. Tak n. p. *Pilcz* podaje w swojej pracy, że psychozy alkoholowej nie spotkał u Żydów w żadnym wypadku. Również *Sichel* podaje w statystyce obejmującej okres 1905 — 1907, że u chorych nie Żydów psychozy alkoholowe stanowią 32%, u Żydów zaś zaledwie 1,5%. W jego drugiej statystyce, obejmującej lata 1897 — 1905 wyniki są prawie takie same: z pośród wszystkich przyjętych w tym czasie chorych było 29,2% alkoholików nie Żydów, Żydów zaś tylko 2,7%. W pracy *Sieberta*, dotyczącej ludności kurlandzkiej, znajdujemy następujące liczby: w latach 1905—1909 przyjęto do zakładu w Lipsku 770 osób, z których cierpiało na *delirium tremens*: Niemców 21,5%, Łotyszów 15,6%, Litwinów 10,5%, Rosjan 10,5, Żydów 3,0%.

W latach 1910—1914 liczba przyjętych do tego zakładu wynosiła 886 osób, z których na delirium tremens cierpiało: Niemców 26,5%, Łotyszów 26,0%, Litwinów 20,9%, Rosjan 41,9%, Żydów 0%.

Również *Erikson* stwierdził w szpitalu wojskowym w Warszawie wśród 1000 poddanych obserwacji żołnierzy — alkoholików Żydów 0,3%, zaś nie Żydów 10 do 15%.

W *Szwajcarji* według naszego zestawienia statystycznego na każde 100 umysłowo-chorych poszczególnej grupy wyznaniowej przypadało w roku 1892 psychoz alkoholowych u nie Żydów 11,0% u Żydów zaś 0,%. W latach 1900 — 1904 — u nie Żydów 14%, u Żydów — 1,2%. Podług *D-ra Minora* w Moskwie w roku 1889 zachorowało na zaburzenia psychiczne pochodzenia alkoholowego, nie Żydów 15,6%, Żydów zaś 2,3%.

W pruskich zakładach psychjatrycznych za okres 1892—1900 stwierdzono dotkniętych delirium tremens protestantów 7,0%, katolików 5,0%, dyssydentów 2,0%, starozakonnych 1,0%.

Podług *Singera* stwierdzono w Niemczech, pośród umysłowochorych mężczyzn nie Żydów 10—20% wypadków delirium tremens, wśród Żydów tylko 2,0%.

Widzimy zatem, że wszyscy badacze zgodnie stwierdzają, że alkoholizm u Żydów we wszystkich krajach należy do zjawisk bardzo rzadkich. Dotyczy to nie tylko alkoholowych zaburzeń psychicznych, gdyż alkoholizm, jako przyczyna śmierci również spotyka się u Żydów w minimalnej ilości.

W związku z zeszłoroczną wystawą *„Gesolej"* w Düsseldorfie stwierdzono na oddziale „Hygiena u Żydów" między innemi następujące ciekawe dane. W New-Yorku w latach 1885—1900 zmarło wskutek alkoholizmu na 100.000 osób z każdej grupy ludności: Irlandczyków 31, Niemców 10, Amerykanów 9, Murzynów 6, Włochów 3, Żyd 1.

Według *Schargmana* znajdowało się w szpitalu Charité w New-Yorku w roku 1909 pośród emigrantów Irlandczyków, Szkotów, Anglików, Niemców 35 do 12,5% alkoholików, pośród Włochów 1,6%, pośród Żydów zaś 0,9%. W następnej generacji tychże emigrantów odnośne liczby alkoholików wynosiły: u Irlandczyków 39,6%, Niemców 17,5%, Włochów 2,3%, Żydów 0,7%.

Również w Piotrogrodzie zmarło według najnowszej statystyki z lat 1900—1914 wskutek alkoholizmu na 100.000 mieszkańców Żydów 1,6, nie Żydów 29,1.

Zjawisko to starano się wytłumaczyć wrodzoną Żydom niechęcią do nadmiernego używania alkoholu, która była przekazywana przez niezliczoną ilość pokoleń i dlatego stała się w końcu zwyczajem o charakterze prawie religijnym. Pogląd ten znalazł szcze-

gólnie poparcie u *Hoppego* w jego monografji, poświęconej kwestji śmiertelności wskutek alkoholizmu.

Podczas gdy *Hoppe*, a za nim wielu innych badaczy, uważają wstrzemięźliwość i nawet abstynencję Żydów w stosunkn do alkoholu za fakt ustalony, *Dr. Z. Bychowski* znajduje, że kwestja ta nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Podobnie jak inni, jest on również zdania, że zaburzenia psychiczne i nerwowe u Żydów na tle alkoholowem należą do rzadkości, ale uważa, że w tym wypadku mamy do czynienia ze zjawiskiem wprost zagadkowem. Właściwie, mówi Dr. *Bychowski*, między Żydami, zwłaszcza nabożnymi, wogóle nie znajdujemy abstynentów. W środowisku tem pije się wódkę kilka razy dziennie, nie tylko w sobotę i święta, lecz nawet i w dni powszednie, przyczem żydzi polscy używają bardzo mocnego spirytusu (90%).

Warto również zaznaczyć, że w Polsce Żydzi z dawnych czasów skupiali w swych rękach prawie cały handel alkoholem, należałoby więc oczekiwać wśród nich znacznego odsetku alkoholików, co jednak w rzeczywistości niema miejsca.

Stwierdziwszy ten ciekawy fakt. *Dr. Bychowski* jednak wcale go nie wyjaśnia. Dla mnie jednak nie ulega wątpliwości, że Żydzi, szczególniej zaś nabożni, w porównaniu do innych narodów używają alkoholu w tak nieznacznej ilości, która nie może doprowadzić do chronicznego alkoholizmu.

*
* *

Padaczka u Żydów również jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Podług *Pilcza* wśród chorych żydów znajduje się 3%, cierpiących na padaczkę, wśród nie Żydów zaś prawie 8%. Podobnie *Sichel* wskazuje na to, że pośród chorych zakładu Frankfurckiego było 14% Nie Żydów i tylko 7,8% Żydów, dotkniętych epilepsją. Tak samo *Erikson* dowodzi, że żołnierze żydowscy w Warszawie wykazywali zaledwie 2,9% epileptyków, podczas gdy dla polskich żołnierzy odsetek ten wynosił 3,4%.

Zestawiając statystyczne dane *Sieberta* dla lat 1905—1914 widzimy, że Niemcy dostarczają 6% epileptyków, Łotysze — 5,9%, Litwini — 4,4%, Rosjanie — 4,6%, Żydzi zaś tylko 1,9%.

Hoppe twierdzi nawet, że w przeciągu swojej 13-to letniej działalności w zakładach pruskich nie spotkał ani jednego wypadku epilepsji u Żydów. Wśród 98 kobiet żydowskich w zakładzie *Obersendling* była w latach 1893—1922 tylko jedna epileptyczka. Materjał przytoczony przez *Neustadta*, również wykazuje u nie Żydów prawie dwa razy większy odsetek epileptyków, niż u Żydów.

Moje zestawienie statystyczne dla Szwajcarji niestety nie upoważnia do określonego wniosku, gdyż w r. 1892 Żydzi dali procentowo 3 razy tyle epileptyków, co nie Żydzi, w okresie zaś 1900—1904 odwrotnie nie Żydzi przewyższyli Żydów dwukrotnie. Nakoniec mogę przytoczyć, że w „Zofjówce" zeszłego roku na 194 chorych było tylko 5, dotkniętych epilepsją, t. j. 2,6%.

Powstaje pytanie, dla czego Żydzi dają o tyle mniejszy odsetek epileptyków, niż nie Żydzi. Odpowiedź na to pytanie nie przedstawia szczególnych trudności, ponieważ wiadomem jest, że bardzo często epilepsja u dziecka ma swoje źródło w alkoholizmie ojca. Jakkolwiek padaczka bezsprzecznie uwarunkowana jest skłonnością osobistą, to przecież nie można zaprzeczyć, że momenty czysto zewnętrzne również oddziaływają na konstytucję epileptyczną i mogą przyśpieszyć wybuch tej choroby. Alkoholizm rodziców niewątpliwie odgrywa w tym przypadku wybitną rolę.

* * *

Porażenie postępujące. Zupełnie inaczej przedstawa się sprawa porażenia postępującego u Żydów. Większe rozpowszechnienie tej choroby u Żydów zostało stwierdzone przez wszystkich badaczy prawie dla całej Europy. Tylko w Rosji i dawnych częściach byłego państwa rosyjskiego, jak n. p. na Litwie, Łotwie, Estonji i w Polsce, choroba ta występuje wśród Żydów rzadziej, jak również u Żydów tureckich i u żydowskich „Spaniolów".

Tak n. p. według statystyki *Sieberta* cierpiało na p. p. w Kurlandji Niemców 20,75%, Rosjan — 17,55%, Litwinów—90,8, Łotyszów—10,5%, Żydów zaś tylko 9,5%. Również według mego zestawienia statystycznego w Szwajcarji porażenie postępujące było jednakowo rozpowszechnione wśród Żydów i nie Żydów.

Natomiast statystyka *Pilcza* wykazuje się, że żydowscy paralitycy stanowią prawie 24%, podczas gdy odsetek nie Żydów wcale nie przewyższa 17,24%. Druga tabela tego samego autora, obejmująca co prawda dość małą liczbę chorych, wykazuje nieco inny stosunek, bardziej korzystny dla Żydów, a mianowicie: nie Żydzi dali 32%, Żydzi 29% chorych na p. p. Również *Hirszl* określa procentowo ilość żydowskich paralityków w Wiedniu na 20% ogólnej liczby. Według *Weldlera* w dawnej Austrji przypadało na 100.000 nie Żydów 7,7 paralityków, a na taką samą ilość Żydów 11.07.

W Londynie Beadler wśród swoich chorych zakładowych znalazł 21% żydowskich paralityków, zaś tylko 13% nie Żydów. W Niemczech żydowscy paralitycy wynosili 12 do 15% wobec 8,3% nie Żydów.

Heller, lekarz berliński, doszedł na podstawie 35 letniej obserwacji nad swoimi prywatnymi pacjentami z dobrze sytuowanych sfer mieszczańskich do wniosku, że 8,8% z 510 zarejestrowanych przez niego chorych umarło wskutek zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, 6,5% — na niewątpliwy bezwład postępujący. Z powyższego ograniczonego koła osób według *Hellera* każdy piąty z pośród mających ponad 51 lat umierał na p. p., każdy 11-ty — wskutek zakażenia kiłowego ośrodkowego układu nerwowego, podczas gdy gruźlica jako przyczyna śmierci występuje zaledwie w jednym przypadku na 15 osobników. Niestety, brak w tej ciekawej pracy odnośnych danych z analogicznych sfer socjalnych ludności nieżydowskiej, które by umożliwiły badanie porównawcze.

Na podstawie ankiety, przeprowadzonej w 1921 r. przez Kraepelinowski Instytut badań psychjatrycznych w Monachjum na całym obszarze Bawarji, przytacza *Guttman* następujące dane: Między 7103 paralitykami, stanowiącymi 8,2%, było 6022 mężczyzn i 2081 kobiet. Żydów paralityków było 134, z tego mężczyzn 128 i 6 kobiet. Powyższa liczba 134 odpowiadała 0,15% ogólnej ilości przyjętych chorych i 9,8% umieszczonych w zakładzie Żydów, gdy odpowiedni odsetek dla ludności ogólnej wynosił tylko 8,2.

Niezmiernie słabe rozpowszechnienie porażenia postępującego wśród kobiet żydowskich jest zjawiskiem sui generis, zasługującem na uwagę. W ciągu 13 lat naliczono w wspomnianych zakładach zaledwie 6 kobiet żydowskich, dotkniętych p. p.

Liczbowy stosunek płci chorych na p. p. wynosi dla ludności ogólnej 2,4 : 1, dla ludności żydowskiej 25,6 : 1. Analogiczne zjawisko zaobserwował *Siebert*. Między 127 żydowskimi paralitykami stwierdził tylko 9 kobiet, wzajemny stosunek obojga płci jest więc w tym wypadku 14,1 : 1. Wreszcie, w zakładach w Sayn n/Rh. w którym przebywają prawie wyłącznie Żydzi, odsetek paralityków Żydów do ogólnej liczby przyjętych chorych wynosi 4,2%, przyczem na 30 mężczyzn, dotkniętych p. p., przypadają 2 kobiety, czyli stosunek 15 : 1.

Streszczając wyniki przytoczonych danych statystycznych, dochodzimy do wniosku, że p. p., mimo że tak rzadko spotyka się wśród kobiet żydowskich, jest jednak naogół dość częstą chorobą wśród Żydów niemieckich, austrjackich i angielskich, procentowo częstszą, niż u nie Żydów, natomiast ma nieznaczne rozpowszechnienie wśród Żydów dawnej Rosji, Turcji i wśród żydowskich „Spaniolów".

W Szwajcarji ze względu na szczupły materjał nie daje się

pod tym względem ustalić jasnego obrazu. Co do innych krajów europejskich nie posiadamy narazie żadnych danych o tej kwestji.

Słabe rozpowszechnienie p. p. wśród Żydów, mieszkających w dawnej Rosji, da się tem wytłumaczyć, że Żydzi w tym kraju żyli w większych i skupionych masach i byli wyodrębniani z otoczenia, a przez to zachowali w większym stopniu zwyczaje religijne, prowadzili moralne i patrjarchalne życie, stanowiące niepodatny grunt dla rozpowszechnienia kiły. To samo da się powiedzieć o żydowskich Spaniolach, którzy zamieszkują przeważnie Turcję, kraje bałkańskie i częściowo Hollandję, a także prawdopodobnie o Żydach polskich, którzy również żyją w większych skupieniach i których znaczna większość ściśle przestrzega przepisy religijne, dość wcześnie wstępuje w związki małżeńskie i tem samem w mniejszym stopniu naraża się na niebezpieczeństwo zarażenia się kiłą.

Zupełnie inaczej przedstawia się ta sprawa, jak widzieliśmy, u Żydów niemieckich, austrjackich i angielskich. W tych krajach mówi się nawet o specjalnej predyspozycji Żydów do porażenia postępującego.

Zapatrywanie to możemy przyjąć z pewnem zastrzeżeniem, ale nie w sensie *Westhoffa*, który uważa p. p. za chorobę rasową, spotykaną najczęściej wśród ras wyższych, a specjalnie wśród germańskiej. Jest on bowiem zdania, że wszędzie, gdzie p. p. wykazuje znaczne rozpowszechnienie, mamy do czynienia z domieszką krwi germańskiej.

Dla mnie jak i dla *Rüddina, Sichla* i innych, predyspozycja ta bynajmniej nie jest natury endogenno-konstytucyjnej, lecz zjawiskiem, uwarunkowanem czynnikami czysto zewnętrznemi, i ma raczej charakter przejściowy.

Można byłoby oczywiście przyjąć, że Żydzi w większym stopniu podlegają zarażeniu się, niż nie Żydzi. Takie twierdzenie stałoby jednak w sprzeczności z powszechnem mniemaniem, według którego właśnie Żydzi najmniej dotknięci są kiłą. Niestety nie posiadamy dotychczas żadnych mniej więcej pewnych cyfr w tej kwestji. Mojem zdaniem powyższe przypuszczenie i nadal pozostaje uzasadnionem. Już sam fakt mniejszego rozpowszechnienia alkoholizmu wśród Żydów przemawia przeciw możliwości częstej infekcji syfilitycznej u żydów. Wzajemna zależność alkoholizmu i chorób wenerycznych jest już wszakże oddawna udowodniona.

O ile chodzi specjalnie o Żydów polskich, fakt mniejszego rozpowszechnienia chorób wenerycznych wśród nich, został niedawno

potwierdzony przez przedstawiciela Głównej Dyrekcji Służby Zdrowia w Warszawie.

Znaczne rozpowszechnienie p. p. wśród Żydów znajduje inne wytłumaczenie. Z jednej strony możemy się powołać na zdanie *Pilcza*, który wskazuje na wybitny udział Żydów w tych przypadkach p. p. w których obok kiły silne wzruszenia psychiczne oraz nadmierne wyczerpanie intelektualne są czynnikami wywołującemi. Z drugiej strony pozwolimy sobie przytoczyć zdanie słynnego teoretyka ras *Zollschana*, który powiada, że kiła zazwyczaj wywołuje największe spustoszenie wśród tych ludów, u których występuje poraz pierwszy.

Następujące rozważania pokażą, o ile hipoteza *Pilcza* odpowiada rzeczywistości. Pod wpływem warunków Żydzi zmuszeni byli poświęcić się zawodom, wymagającym najbardziej wytężonej pracy umysłowej, jak n. p. zawód kupiecki i wolne zawody. Zastosowując aksjomat lekarski, że przy każdej chorobie najwięcej cierpi zazwyczaj ta część organizmu, która najbardziej znajduje się w użyciu, będziemy musieli przyznać, że u Żydów tym organem jest mózg. Jeśli wiec krętek blady przedostaje się do organizmu, to powoduje w nim największe spustoszenia tam, gdzie odporność względem zarazka jest najmniejsza, a więc u Żydów w mózgu.

To też widzimy, że porażenie postępujące procentowo częściej występuje u osób zawodów intelektualnych i wogóle w wyższych sferach społeczeństwa jest bardziej rozpowszechnione, niż w niższych, zaś wśród mężczyzn więcej, niż wśród kobiet. I nawet wśród kobiet napotykamy różnice o tyle, że kobiety pracujące częściej zapadają na p. p., aniżeli kobiety ze sfer wyższych, które wolne są od trosk materjalnych.

Wszystkie te dane potwierdzają tylko słuszność zdania *Sterna*, że wraz ze stopniem kultury rośnie też rozpowszechnienie bezwładu postępującego. Zapatrywanie to znalazło szczególnie dobitny wyraz w słowach wielce doświadczonego psychjatry, którego cytuje w swym podręczniku *Bleuler:*

„Porażenie postępujące przyszło do Żydów wraz z obyczajami i szampanem świata nieżydowskiego, co miało miejsce przed niespełna stu laty".

Widzimy zatem, że hipoteza *Zollschana* ma dość solidne oparcie. Możnaby jej oczywiście przeciwstawić, że p. p. prawie nigdy nie nawiedza murzynów i innych ludów pierwotnych, u których kiła i jej ogromne rozpowszechnienie są bodaj czy nie świeższej daty. Ale na to można odpowiedzieć, że przecież to są ludy pier-

wotne, u których mózg dzięki właśnie swej dziewiczości kulturalnej jest szczególnie odporny na działanie zarazka.

Nasze dotychczasowe uwagi prowadzą zatem do wniosku, że o skłonności Żydów do p. p. można mówić tylko jako o zjawisku zasadniczo przejściowem, uwarunkowanem nie jakiemiś głębszemi właściwościami rasy żydowskiej, lecz zgoła przyczynami czysto zewnętrznemi, a więc natury zmiennej.

Jednym z tych czynników jest właśnie mojem zdaniem niedostateczne przyzwyczajenie się organizmu żydowskiego do zarazka kiły, które prawdopodobnie zmieni się z czasem w miarę dalszego rozpowszechnienia się kiły wśród Żydów. Do takiego przypuszczenia upoważniają przedewszystkiem ciekawe wyniki badań statystycznych *Sichla*, który ustala, że p. p. naogół nie ujawnia tendencji do dalszego rozpowszechniania się.

A teraz przechodzimy do dalszych dwóch grup, które również posiadają wyraźne tło organiczne, a mianowicie do grup oligofrenji i do grup otępień starczych względnie miażdżycowych.

Co się tyczy *wrodzonego niedorozwoju umysłowego*, istniejące materjały statystyczne wykazują co następuje: według *Pilcza* odsetek tej kategorji umysłowo chorych wynosi u Żydów 7,5%, u nie Żydów 4,5%. Również *Sichel* utrzymuje, że u Żydów odnośny odsetek dochodzi do 11,7, u nie Żydów 5,3. *Erikson* natomiast stwierdził u Żydów 30% takich chorych, u nie Żydów koło 50%.

Statystyka *Sieberta* podaje następujące liczby: dla Niemców 0%, Łotyszów 1,35%, Litwinów i Rosjan po 0,4%, u Żydów zaś 2,5%, W zakładzie Sayn n/Rh. znajdowało się w okresie 1893 — 1910 razem 115 chorych Żydów dotkniętych oligofrenją (imbecilitas et idiotismus), a mianowicie 59 mężczyzn i 56 kobiet; stanowi to 12,9% ogólnej ilości przyjętych chorych, co uchodzi za odsetek bardzo wysoki *(Guttman)*.

Widzimy zatem, że dane powyższych badaczy o tyle są zgodne, że wszyscy stwierdzają większe rozpowszechnienie niedorozwoju umysłowego wśród Żydów. To samo można powiedzieć z małemi wyjątkami o wynikach wielu innych badaczy. Jeżeli zaś *Erikson* stwierdza odwrotny stosunek u znajdujących się pod jego obserwacją żołnierzy, to nie przemawia bynajmniej przeciwko powszechnie znanemu faktowi, gdyż wobec masowego charakteru jego spostrzeżeń najprawdopodobniej w tym wypadku szło o lekką postać niedorozwoju umysłowego, graniczącą z debilitas. Natomiast wszyscy inni badacze mówili o wybitnym udziale Żydów właśnie w najcięższych postaciach, a więc w idjotyzmie i w głuptactwie.

Czem można wytłumaczyć to zjawisko? Według *Kraepelina* przynajmniej trzecia część ciężkich postaci idjotyzmu jest pochodzenia kiłowego. Tymczasem właśnie u Żydów, jak już wyżej wspomniałem, kiła nie może uchodzić za ważniejszy czynnik etjologiczny. Odnosi się to również do twierdzenia *Pilcza*, że główną przyczyną ciężkich postaci oligofrenji jest alkoholizm, który jako moment etjologiczny nie może grać u Żydów roli poważnej.

Przyczyny większego odsetka ciężkich postaci oligofrenji u Żydów, naszem zdaniem, należy szukać gdzieindziej. Nie ulega wątpliwości, że tacy chorzy bardzo często pochodzą z rodzin obciążonych dziedzicznie, lub też z małżeństw spokrewnionych, które są dość rozpowszechnione wśród Żydów. Powtóre powszechnie wiadomo, że poczucie rodzinne było jeszcze niedawno, a po części jest i teraz bardzo rozwinięte u Żydów. Miłość żydowskich rodziców do swych dzieci oddawna uchodzi wprost za przysłowiową, wobec czego pielęgnowanie i utrzymywanie fizycznie i umysłowo upośledzonych dzieci było bardziej troskliwe, niż u innych narodów. Następstwem tego jest przeciętnie dłuższy wiek tych kalek, co przyczynia się do sztucznego powiększenia ilości takich oligofreników u Żydów.

Otępienie starcze. *Pilcz* stwierdził na podstawie swoich obserwacyj, że odsetek otępienia starczego u nie Żydów wynosi 3,5 u Żydów 3,0. Moje własne dane statystyczne, zebrane w Szwajcarji, upoważniają prawie do analogicznego wniosku. Natomiast *Sichel* podaje dla nie Żydów 7,3%, dla Żydów zaś 12,5%. Również *Neustadt* w niedawno ogłoszonej rozprawie ustala dla Żydów 8,6%, dla nie Żydów 7,6%.

Widzimy zatem, że dane statystyczne, dotyczące odsetka otępienia starczego u Żydów i nie Żydów, wykazują pewne sprzeczności. Przychylam się jednak do zdania tych badaczy, którzy utrzymują, że cierpienie to naogół jest więcej rozpowszechnione u Żydów, niż u nie Żydów. To samo stwierdza i *Zollschan*.

Przyczyny tego faktu należy szukać przedewszystkiem w okoliczności, że Żydzi wykazują wyższy odsetek starszych ludzi od nie Żydów, co zostało ustalone statystycznie.

*
* *

Rozpatrzyliśmy w związku z interesującem nas zagadnieniem trzy grupy chorób umysłowych, wykazujących wprawdzie różną etjologję i zasadniczo różne zespoły objawowe, ale mających jednak tą wspólną cechę, że wszystkie te grupy posiadają charakter wyraźnie organiczny.

Doszliśmy do wniosku, że udział Żydów w ogólnej liczbie zachorzeń na ciężkie postaci wrodzonego niedorozwoju umysłowego, otępienia starczego oraz bezwładu postępującego jest stosunkowo większy, niż u nie Żydów. Jednak nie należy szukać przyczyny tego zjawiska w patologji rasy żydowskiej. Przeciwnie, jakeśmy wykazali, większe rozpowszechnienie tych chorób wśród Żydów, zdaje się raczej być następstwem takich specjalnych warunków bytowania Żydów, które same przez się mogą uchodzić nawet za dodatnie. A teraz przejdziemy do ostatniej grupy, wymienionej w naszej klasyfikacji.

* * *

Dla wyżej wyłuszczonych powodów w tej 6 grupie połączyłem razem wszystkie psychozy pochodzenia t. zw. konstytucjonalno-endogennego, jako to *dementia pracox, psychoza manjakalno-depresyjna i paranoia.*

Otóż okazuje się, że właśnie te kategorje psychoz najczęściej spotykamy u Żydów. Połączywszy w jedną rubrykę wszystko, co u *Pilcza* figurowało pod rozpoznaniem: melancholia, mania, amentia, paranoia, psychosis periodica, dementia praecox, oraz dementia secundaria, otrzymałem dla nie Żydów 44,1%, dla Żydów 53%. Jego mniejsza tabela pensjonarzy wykazuje większą jeszcze różnicę, a mianowicie: dla nie Żydów 19,6%, dla Żydów 34,0%. *Sichel* podaje w swojem zestawieniu, obejmującem tylko chorych manjakalno-depresyjnych i otępienie wczesne, w tabeli z lat 1906—07, dla nie Żydów 8,65%, dla Żydów 19,9%. Również w jego drugiej tabeli, zawierającej dane za okres 1897 — 1905, odnośne odsetki dla nie Żydów i Żydów wynoszą 6,7 i 18,1.

Pozatem tabela *Eriksona*, w której zestawione są dane, dotyczące t. zw. psychozy degeneratywnej oraz otępienia wczesnego, podaje dla Żydów 13,5%, nie Żydów zaś 6,7%. Wreszcie, uzupełniając wszystkie przytoczone dane wynikami statystyki *Siebertowskiej*, otrzymujemy w połączonej rubryce manji, melancholji oraz otępienia wczesnego dla Niemców 14,88%, Łotyszów 19,55%, Litwinów 17,95%, Rosjan 14,45%, Żydów 27,7%.

Także według moich danych statystycznych udział szwajcarskich Żydów w tych psychozach przewyższa udział nie Żydów. W zestawieniu *Neustadta*, zawierającem materjał kliniki psychjatrycznej w Lipsku, schizofrenja daje dla Żydów 22,9%, dla nie Żydów 18,0%; psychoza manjakalno-depresyjna 12,9% i 5,7%, natomiast właściwą paranoję znajdujemy u Żydów w 2,9%, u nie Żydów w 4,3%.

Jak widać z powyższych danych statystycznych, ostatnia grupa chorób umysłowych jest najbardziej rozpowszechniona wśród

Żydów; w granicach zaś tej całej grupy na pierwsze miejsce wybija się pod tym względem schizofrenja. Co do psychozy manjakalno-depresyjnej, to jej rozpowszechnienie u Żydów jest znaczne tylko w porównaniu do ludności nieżydowskiej.

Jak możemy wytłumaczyć to zjawisko? Sprawa ta niestety dotychczas jeszcze nie została w sposób zadawalający wyświetlona, zwłaszcza, że co do czynników etjologicznych tych chorób prawie nic konkretnego nie wiemy. Jedni autorzy dopatrują się przyczyn tych chorób w zmianach organicznych mózgu, inni w dysfunkcji gruczołów wewnątrzwydzielniczych, wreszcie są i tacy, którzy za warunek powstawania tych chorób uważają konflikty psychiczne. Również większe rozpowszechnienie tych chorób wśród Żydów próbowano wytłumaczyć za pomocą różnych hypotez, poczynając od przypuszczenia degeneracji rasy żydowskiej, a kończąc na wpływach swoistych konfliktów u Żydów.

Jeśli mam wypowiedzieć swoje zdanie w tej kwestji, to muszę przyznać, że jestem obecnie zbyt głęboko przekonany o organicznem podłożu tych chorób, bym mógł nadal podtrzymywać mój dawny pogląd co do psychicznego pochodzenia zarówno schizofrenji, jak i psychozy manjakalno-depresyjnej u Żydów. Poczucie upośledzenia *(Adler)* albo t. zw. „kompleksy żydowskie" mogą mojem zdaniem, bardzo często wywoływać u Żydów np. psychonerwicę albo histerję, ale nie mogą powodować takich psychoz, jak schizofrenja i psychoza manjakalno-depresyjna. Być może, iż badania w kierunku wykreślonym przez *Kretschmera* rzucą więcej światła na tę ciemną dziedzinę. Gdyby teorja *Kretschmera* o wzajemnej zależności między asteniczną budową ciała a typem schizoidalnym zyskała powszechne uznanie wśród psychjatrów, musielibyśmy przyznać, że wielkie rozpowszechnienie schizofrenji u Żydów znalazło dostateczne wytłumaczenie, gdyż wiadome jest, że właśnie Żydzi dają wysoki odsetek asteników. Ale z drugiej strony wiemy, że u Żydów spotykamy procentowo również częściej, niż u nie Żydów, psychozę manjakalno-depresyjną, która według *Kretschmera* uzależniona jest od wręcz przeciwnej budowy ciała, a mianowicie pyknicznej. W tym więc wypadku zachodzi sprzeczność pomiędzy rzeczywistością, a teorją. Nie potrafimy narazie tej sprzeczności rozwikłać i musimy szukać nowych dróg dla jej rozwiązania, które może zbliżą nas do zrozumienia tych chorób psychicznych.

Jesteśmy u kresu naszego przeglądu chorób umysłowych u Żydów. Pominęliśmy wszystkie nerwice czynnościowe, histerję, neurastenję, różnego rodzaju folje i natręctwa, jako wychodzące poza

ramy niniejszego odczytu, poświęconego wyłącznie psychozom u Żydów. Zanim jednak przejdę do końcowego punktu mojego tematu, a mianowicie do kwestji ogólnego rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród Żydów, chciałbym jeszcze w krótkich słowach zobrazować sam przebieg tych chorób u nich.

Na podstawie niewielkiej ilości spostrzeżeń, poczynionych nad Żydami alkoholikami, kliniczny obraz alkoholizmu u Żydów nie przedstawia nic szczególnego.

Również przebieg padaczki u Żydów wykazuje bardzo mało uchyleń od normy. Jedynie *Sichel* wskazuje na to, że w obrazie klinicznym epilepsji u Żydów niejednokrotnie można było stwierdzić pewne swoiste odchylenia, nie daje jednak bliższego ich opisu.

Kliniczny przebieg *porażenia postępującego* u Żydów zbadał dokładnie *Guttman*. Podług niego u Żydów, jak i u nie Żydów, przeważają postaci dementywne, podczas gdy u Żydów jednak przypada na tę kategorję połowa wszystkich paralityków, — u nie Żydów odsetek dementywnych postaci sięga aż 75%. Natomiast u Żydów więcej są rozpowszechnione inne postaci porażenia. Wielką ilość dementywnych postaci u nie Żydów *Guttman* przypisuje tej okoliczności, że u Żydów większości paralityków dostarczają zawody kupieckie i wolne, gdy u nie Żydów większość paralityków składa się z robotników i wyrobników, u których właśnie przeważa postać dementywna. Jako istotny wynik swojego badania uważa *Guttman*, że u Żydów, dotkniętych p. p., przeważają obrazy manjakalne, że o wiele częściej spotykał u nich składniki megalomaniczne, aniżeli depresyjne. Czy spostrzeżenia te znajdą ogólne potwierdzenie, pokażą dalsze obserwacje w tym kierunku.

Co do *oligofrenij*, to jak już nadmieniłem, u Żydów stwierdza się bardzo często najcięższe formy idjotyzmu.

O przebiegu *otępienia starczego* posiadamy następujące dane *Pilcza:* u Niemców, Węgrów i Słowian prawie jednakowo rozpowszechnione są typowe postaci presbyofrenji z charakterystycznemi urojeniami zazdrości i upośledzenia, u Żydów natomiast przeważają obrazy kliniczne o zabarwieniu wyraźnie hypochondrycznem. Czy i to spostrzeżenie może pretendować do powszechnego uznania, rozstrzygną dopiero dalsze obserwacje.

Przechodzimy obecnie do przebięgu *schizofrenji i psychozy manjakalno-depresyjnej*. W przebiegu tych chorób również spostrzegano pewne cechy swoiste Żydów, mianowicie przebieg bardziej jednostajny i rokowanie zawsze złe. *Sichel* nie widział nigdy zupełnego wyleczenia. *Pilcz* jest również zdania, iż remisje u mężczyzn Żydów są rzadsze, niż u nie Żydów, i że Żydzi dają najwięk-

szy odsetek schizofreników, wpadających w zupełne otępienie. Katonję późnego wieku spotykał ten autor bardzo rzadko u Żydów, natomiast u kobiet żydowskich w średnim wieku obserwował bardzo często długotrwałe stany osłupienia. I *Sichel* i *Pilcz* stwierdzają dość często u Żydów cykliczność w przebiegu schizofrenji, nie przedstawiającą trudności rozpoznawczych w stosunku do psychozy manjakalno depresyjnej. Wybitnej różnicy w treści halucynacji i urojeń u Żydów w porównaniu do innych narodów nie spostrzeżono. Tylko przy paranoi widział *Pilcz* u Niemców przeważnie postaci kombinacyjne, u Słowian i Węgrów formy fantastyczne; dalej u wszystkich tych trzech narodów w różnej ilości przypadków t. zw. „paranoia quaerulans", której natomiast u żydów nigdy nie spotykał. Według *Sichla* typ somatopsychiczny schizofrenji bardzo często spotyka się u Żydów.

Spostrzeżeń tych jest jednak stanowczo zamało, i nie wystarczają one, aby dojść do pewnych konkretnych wniosków co do odrębnego przebiegu schizofrenji u Żydów. Byłoby przeto bardzo pożądane przeprowadzić dalsze dokładne obserwacje w tym przedmiocie.

Co się tyczy *psychozy manjakalno-depresyjnej* u Żydów, to nierównomierny przebieg takowej został prawie przez wszystkich autorów podkreślony. W szczególności charakterystyczne sę dla Żydów formy mieszane, które nawet często są przeplatane cechami katatonicznemi. Na tę właściwość żydowskich chorych zwrócił szczególną uwagę *Kraepelin*.

Pilcz, mówiąc w pewnym sensie o „psychosis iudaica", chciał zaznaczyć odrębność przebiegu psychozy manjakalno-depresyjnej, ale nie miał na myśli jakiejś określonej postaci chorobowej pod względem symptomatologicznym dla Żydów. Jeśli przyjmiemy pod uwagę, że u Żydów po większej części występują obrazy atypowe, które nie dają się podporządkować pod żadną ze znanych nam postaci, zawsze o niepewnem rokowaniu, gdyż przedstawiają kombinację rozmaitych cech zwyrodnieniowych, to wtedy powiada *Pilcz*, można mówić nie tylko o jednej żydowskiej psychozie, lecz o wielu psychozach swoiście żydowskich. *Lange*, który zajmował się wyłącznie kwestją psychozy manjakalno-depresyjnej, stwierdził, że u Żydów w przeciwieństwie do innych narodów choroba ta występuje bardzo często jeszcze przed 20 rokiem życia. Wczesny wybuch psychozy jest jednak oznaką jej ciężkości, szczególnie u osób dziedzicznie obarczonych. Pod tym kątem widzenia, ocenia on jednakowo formy mieszane, jak i atypowe, które również bardzo często u Żydów spotykał.

I ja również muszę stwierdzić, że w obrazach psychozy manjakalno-depresyjnej u Żydów spostrzegałem dużo momentów histerycznych.

* * *

Przechodzimy teraz do ostatniego punktu naszego tematu, mianowicie do stosunku umysłowo chorych Żydów do nie Żydów. Na mocy wyżej powiedzianego moglibyśmy a priori wyprowadzić wniosek, że rozpowszechnienienie chorób umysłowych u Żydów procentowo przewyższa ilość umysłowo chorych nie Żydów. Stosunek ten jeszcze jaskrawiej występuje, jeżeli odrzucimy wszelkie przypadki psychoz alkoholowych, których u Żydów prawie nie znajdujemy.

Już *Lombroso* w dziele swem „Genjusz i obłąkanie", mówi, że pewnikiem jest, że ilość przypadków chorób umysłowych u Żydów jest 4 do 6-krotnie większa, aniżeli u nie Żydów. Również i *Pilcz* skonstatował, że wśród ogólnej liczby umysłowo-chorych miasta Wiednia przypada około 11% na Żydów, którzy stanowią tylko 8,86% ludności ogólnej tego miasta. Inne statystyki głoszą: W roku 1871 w Prusiech i w Bawarji na 100.000 mieszkańców przypadało umysłowo-chorych protestantów 236, katolików 234, starozakonnych 423. Zaś w roku 1995 w Prusiech podają również na 100.000 mieszkańców protestantów 261, katolików 250, starozakonnych zaś 498 umysłowo chorych. W całej Austrji znajduje się 6,8% umysłowo-chorych Żydów, natomiast na ogólną ilość mieszkańców Żydzi stanowią 4,8%. W Danji na 1000 osób ludności przypada u starozakonnych 5,8, u chrześcijan zaś 3,4 umysłowo chorych. W wojsku rosyjskiem w 1895 r, zaburzenia psychiczne występowały w 1% chrześcijan i w 2,2% starozakonnych szeregowców. Również i moje dane dla Szwajcarji wykazały, że na 1000 osób przypadało umysłowo-chorych protestantów 3,2, katolików 3,0, starozakonnych zaś 6,7. Innemi słowy, Żydzi którzy stanowią tylko 0,4% ogólnej ludności szwajcarskiej, w zakładach dawali 0,8% całkowitej liczby umysłowo chorych.

Wszystkie powyższe liczby wykazują bezwzględnie większy odsetek umysłowo-chorych Żydów w stosunku do innych narodowości. Niestety w Polsce nie posiadamy dokładnych danych co do rozpowszechnienia chorób umysłowych podług wyznania lub narodowości, Przypuszczalnie również i u nas Żydzi w stosunku do innych narodowości daliby większy odsetek umysłowo chorych.

W każdym bądź razie, jak już zaznaczyłem, byłoby pożądane przeprowadzenie ścisłych badań w tym kierunku. Porównawcze badania rasowo-psychjatryczne mają wartość nie tylko lokalną, lecz przyczyniłyby się do głębszego zrozumienia patologji zaburzeń psy-

chicznych wogóle. Zostało to już oddawna przez wybitnych psychjatrów ustalone.

Jak wielkie znaczenie ma takie przeprowadzenie studjów rasowo-psychjatrycznych, świadczy fakt, że Prof. *Kraepelin*, twórca nowoczesnej psychjatrji, na krótko przed śmiercią przedsięwziął wielce dlań uciążliwą podróż do Ameryki, aby przeprowadzić poważne badania porównawcze rasowo-psychjatryczne.

Piśmiennictwo.

1. *Beadles, M.* The Insane Jew. „Journal of Mental Science" Vol. XXVI. 1900.
2. *Becker, R.* Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie Zürich, 1919.
3. *Becker, R.* Die Geistesstörungen bei den Juden in der Schweiz. „Zeitschr. f. Demographie und Statistik der Juden" 1919. N. 4.
4. *Bleuler, E.* Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin. 1916.
5. *Benedikt, M.* On the insane Jew. „Journal of mental Science" 1901.
6. *Brosius.* Die Psychose der Juden. „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatric". Bd. IX.
7. *Buschan, G.* Einfluss der Rasse auf die Hänfigkeit und die Formen der Geistes und Nervenkraunkheiten. „Allgemeine medicinische Central - Zeitung" 1897. N. 9.
8. *Bychowski, Z.* Eine Disskussionsbemerkung cu Prof. Toby Cohns Aufsatz: „Nervenkrankheifen bei Juden". „Ost-Rundschau". 1926. N. 5.
9. *Cohn, Toby.* Nervenkraukheifen bei Juden. „Zeitschrift für Demagraphie und Statistik der Juden". 1926. 2 Halbjahr. N. 1—3.
10. *Erikson.* Niekotoryja dannyja o psychiczeskich zabolewaniach polakow i jewriejew w Korolestwie Warszawskom. „Wojenno medizinskij Żurnał" 1908. N. 11.
11. *Guttman, M. J.* Zur Paralysefrage bei den Juden. „Archiv für Rassenune Gesellschaffsliologie" Tom 16. 1924. N. 1.
12. *Guttman, M. J.* Geisteskrankheiten bei Juden. „Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden 1926 2 Halbjahr N. 4—6.
13. *Hoppe.* Krankheit und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden mit besonderer Berücksichtigung der Alkoholfrage. Berlin 1903.
14. *Hoppe.* Juden in Wiener Irrenaustalten. „Zetischrift für Demographie und Statistik der Juden" 1907. N. 1.
15. *Kraepelin, E.* Psychiatrie. Ein Lehrbuch. Berlin 1918.
16 *Lange, J.* Über manisch-depressives Irresin bei Juden „Münchner medicinische Wochenschrift". 1921. N. 42.
17. *Lombroso, C.* Genie und Irrsinn, Leipzig. wydanie Reclama.
18. *Meige.* Le juif errant. Dissertation.
19. *Minor, L. S.* Niekotoryja dannyja iz srawnitelnoj nerwnoj patologji ruskich jewriejew i christijan. Petersburg, 1890.
20. *Neustadt, R.* Die Geistesstörungen der Juden. Dysertacja Lipsk. 1923.
21. *Oppenheim, H.* Zur Psychopathologie und Nosologie der russich-judischen Bevölkerung. „Journal für Psychologie und Neurologie Tom XIII. 1908.
22. *Pilcz, Alexander.* Geistesstörungen bei den Juden. „Wiener Klinische Rundschau" 1901. N. 47, 48.

23. *Pilcz, A.* Beitrag zur vergleichenden Rassasenpsychiatre. Leipzig a Wien. 1906.

24. *Sichel, Max.* Über die Geistesstörungen bei den Juden. „Neurologisches Centrallblatt" 1908. N. 8.

25. *Sichel, M.* Die Geistesstörungen bei den Juden. Eine klinischhistorische Studie Leipzig. 1909.

26. *Sichel, M.* Paralyse der Juden in sexuologischer Bedentung. „Zeitschrift für Sexualwiszenschaft„ Bd. III. N. 3. 1919.

27. *Sichel, M.* Die progressive Paralyse bei den Juden. „Archiv für Psychiatrie und Nervenkuenkheiten". 1913. Tom. 52. N. 3.

28. *Sichel, M.* Zur Aetiologie der Geistesstörungen bei den Juden. „Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie" 1918. N. 4.

29. *Sichel, M.* Die psychischen Erkrankungen der Juden in Kriegs - und Friedenzeiten. „Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie" 1923. N. 3—4.

30. *Stern.* Kulturkreis und Form der geistigen Erkraukung. Halle. 1913.

31. *Siebert.* Die Psychosen und Neurosen bei der Bevölkerung Kurlands. „Allegemine Zeitschift für Psychiatrie" Tom. 73. N. 6. 1917.

32. *Weldler, N.* Die Geisteskrankheiten unter den Juden Oesterreichs in den Jahren 1882 — 1902. „Zeitschrift für Demagraphie und Statistik der Juden". 1908. N. 4.

33. *Westhoff.* Die progressive Paralyse — eine Rassenkrankheit. „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie". Bd. 15.

Dr. med. R. Becker. **Les maladies mentales chez les juifs.**

Un bon nombre des auteurs s'est occupé de la question des maladies mentales chez les juifs. En se basant sur les recherches de Pilcz, Sichel, Becker, Guttman, Neustadt et autres on a pu établir que certaines psychoses se rencontrent chez les israélites plus fréquemment, d'autres sont plus rares. Ce sont surtout les psychoses alcooliques, dont les juifs se trouvent atteints trés rarement, mais l'épilepsie est, elle aussi, rélativement rare chez eux. Par contre, la paralysie générale est rélativement plus fréquente chez les juifs en Autriche, Allemagne et Angleterre, où on a étudié la question au moyen des procédés statistiques exacts. C'est seulement dans les pays d.Europe orientale, où les juifs vivent en grandes masses et dans un certain isolement, et ne s'exposent pas souvent á l'infection luétique, que la paralysie générale se rencontre plus rarement parmi les israélites.

De même les oligophrénies, en particulier les formes les plus graves de l'idiotie et de l'imbecillité, sont plus fréquentes chez les juifs qu'ailleurs, La démence sénile et les démences artériosclérotiques surviennent aussi plus fréquemment chez les juifs. Mais ce sont surtout les psychoses d'origine endogène et constitutionnelle, telles la schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive, qui sont

fortement rêpandues chez eux. La schizophrénie fournit la plus grande partie de toutes les affections mentales. tandis que la psychose maniaque-depressive atteint chez les israélites seulement la fréquence pourcentuelle plus grande.

Comme cause de la moindre fréquence des psychoses alcooliques et d'épilepsie l'auteur considère la moindre consommation de l'alcool par les juifs. Deux facteurs entrent en ligne de compte pour expliquer la plus grande fréquence de la paralysie générale. Premièrement grâce aux professions intelectuelles auxquelles les juifs s'adonnent de préference, leur cerveau est devenu un lieu de moindre résistance pour le virus syphilitique, deuxiémement la syphilis est chez eux d'apparition plus récente, ce qui expliquerait leur moindre résistance contre cette affection metasyhilitique. La frequence des formes graves de l'idiotie et de l'imbecillité s'explique en premier lieu par le grand nombre des mariages entre parents et elle est, en second lieu, le produit artificiel des soins minutieux que les israélites vouent à des tels enfants. Tandis que la fréquence des démences séniles s'expliquerait par le fait, que les juifs atteignent en moyenne un âge plus avancé, la question de l'abondance de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive demeure pour le moment obscure, une explication suffisante n'ayant pas été trouvée jusqu'à présent. D'une manière générale on peut dire que les juifs sont plus soumis aux maladies mentales que le reste de la population. Si toutes ces conclusions sont valables aussi pour la Pologne, c'est ce que nous allons voir lors de nos prochaines recherches.

Z Oddziału Psychjatrycznego Szpitala Szkolnego Oficerskiej Szkoły Sanitarnej.

NIEPAMIĘĆ WSTECZNA PO POSTRZALE GŁOWY. ZABÓJSTWO I SAMOBÓJSTWO.

podał

Płk. Dr. med. JAN NELKEN, kierownik oddziału.

Odczyt wygłoszony na VII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Kocborowie dn. 6.VI.27.

Zagadnienie niepamięci wstecznej (amnésie rétrograde, retrograde Amnesie), jego stronę psychopatologiczną i kryminologiczną mam zamiar zobrazować na przypadku sądowym zabójstwa i samobójstwa, — samobójstwa na razie nieudanego.

W dn. 25. VI. 1924 r. o godzinie 6-ej rano leśniczy lasu miejskiego w O. zawiadomił posterunek policyjny, że w lesie tym leżą dwa trupy, mężczyzny i kobiety. Rzeczywiście w odległości 1 klm. od szosy znaleziono trup młodej kobiety lat około 18, ze śladami ran postrzałowych pod brwią prawego oka i w okolicy serca. W odległości 9-iu kroków od niej leżał mężczyzna z głową przestrzeloną nawylot, od skroni do skroni, dający jeszcze słabe oznaki życia, zupełnie nieprzytomny.

Mężczyzna ten został rozpoznany jako plut. zaw. C. M. l. 33, z orkiestry X p. p.; nieżyjąca zaś już kobieta, jako panna S. N. jego narzeczona, lat około 20.

Sekcja zwłok p. S. N. wykazała, że jedna kula weszła przez prawą górną powiekę i oczodół i, przebijając szyjną część kręgosłupa i mlecza pacierzowego, utkwiła pod skórą karku; druga kula weszła pod lewą piersią i przebiła mięsień sercowy nawylot w dolnej jego części.

Plut. C. M. został zaraz skierowany do szpitala pow. w O. Oględziny wykazały otwór wejściowy kuli ze śladami osmalenia skóry w prawej okolicy skroniowej na poziomie górnego brzegu muszli usznej o 4 cm. ku przodowi od niej; otwór wyjściowy mały—w lewej okolicy skroniowej, mniej więcej w tem samem miejscu. Ranny

zupełnie nieprzytomny, nic nie mówił, kał i mocz oddawał pod siebie. Leczenie zachowawcze. Po upływie tygodnia zaczął mówić lecz bez związku, zaczął chodzić i przyjmować pokarmy. Polyphagia. Mocz oddawał jeszcze przez pewien czas pod siebie. Ciepłota przez cały czas normalna, Po zagojeniu się ran, chory jest w dalszym ciągu półprzytomny i mówi bez związku.

Dnia 16.VII.24 został przetransportowany na oddział psychjatryczny Szpitala Ujazdowskiego, obecnie Szpitala Szkolnego Ofic. Szkoł. Sanitarnej w Warszawie.

Badanie cielesne wykazało: Ciepłota normalna. Tętno zwolnione, miarowe—65 uderzeń na 1'. Wzrostu—wyżej średniego, budowy — prawidłowej, odżywiania — dobrego. W organach wewnętrznych brak zmian przedmiotowych. Niewielkie zagojone blizny na obydwu skroniach. W układzie nerwowym: wyraźniejszęj bolesności czaszki na opuk nie stwierdza się. Nierówność źrenic: lewa szersza od prawej. Źrenice oddziaływują na światło nieco powolnie. Lewa szpara powiekowa jest węższa. Lekki oczopląs przy ustawieniach krańcowych. Nerwy czaszkowe — bez zmian. Ruchy czynne i bierne kończyn prawidłowe, brak niezborności, drżenia zamiarowego. Odruchy głębokie i skórne—bez zmian. Czucie zachowane. Bardzo niewielkie chwianie się przy zamkniętych oczach. Dermografizm — początkowo biały. Grube drżenie powiek, języka i palców. Odruchy spojówkowe osłabione. Odruch gardzielowy—żywy. Odczyn Wassermanna z surowicy krwi—ujemny.

Stan psychiczny: Przy przyjęciu na oddział chory wykrzykiwał coś bez związku, wymyślał siostrze, któ:a mu mierzyła ciepłotę, zmoczył się. Nie można było z nim się porozumieć. Wkrótce usnął. W przeciągu pierwszych dziesięciu dni jest niezorjentowany w miejscu i czasie, na pytania nie odpowiada, poleceń nie spełnia. Zdeprymowany, płacze, rozpacza, zawodzi—nie motywując dlaczego, Gdy się zwrócić do niego z zapytaniem, co mu jest, zaczyna żałośnie płakać, staje na kolanach, zawodzi: „o mój Boże, mój Boże". Pozatem stereotypowo powtarza „dajcie mi buty, dajcie mi buty". Sypia. Jada dostatecznie. Zanieczyszcza się. W dalszym ciągu obserwacji, nieco bardziej ożywiony, zdradza łatwą zmienność afektów z przeważającą skłonnością do depresji; częściowo orjentuje się w sytuacji: siedzi całemi dniami na łóżku z głową opuszczoną, wspomina swój los: „był nauczycielem, oficerem, djakiem, a teraz tak się stało", płacze lub rzewnie śpiewa. Stopniowo depresja ustępuje euforji. Chory opowiada przy każdej wizycie lekarskiej stereotypowo, że „był nauczycielem, djakiem, ofi-

cerem ukraińskim, wreszcie muzykantem w polskiem wojsku; jest dobrym człowiekiem, wszyscy bardzo go lubili, bo tak wszystko dobrze robił". Stale powtarza jedno i to samo, używając przytem tej samej modulacji głosu i intonacji.

Badany 5. VIII. 24 przez sędziego śledczego, jest w wyraźnym nastroju euforycznym. Nie umie udzielić żadnych wiadomości, dotyczących pułku, zapomniał nazwiska dowódcy, oficerów, kolegów. Zapytany o przyczynę zamachu samobójczego—odpowiada, że nic nie wie, zapada w zadumę, chwyta się za głowę, że go boli i zaczyna płakać.

W dalszym ciągu euforyczny, to znów naprzemian płaczliwy, zdradza lekkie zabarwienie paranoidalne w stosunku do otoczenia, skarżąc się ogólnikowo, że z nim „źle obchodzą się, źle postępują", nie precyzując jednak w czem to „złe postępowanie" się wyraża. Zwrócił się do sanitarjusza z zapytaniem, gdzie jego narzeczona, przecież na niego czeka. Na bliższe pytania lekarza o narzeczoną nie odpowiada, opuszcza głowę, wzdycha. Kiedyindziej znów prosi siostrę oddziałową, aby nie pisać narzeczonej o tem, że jest chory.

W drugiej połowie września — spokojny z odcieniem depresji. Przypomina sobie nazwisko dowódcy pułku i miejsce zakwaterowania; zorjentowany w miejscu, niedokładnie w czasie, prosi stereotypowo o wypisanie. Luka pamięciowa sprowadza się do faktu zabójstwa i samobójstwa, występują konfabulacje i urojeniowo zafałszowane pseudoreminiscencje o charakterze wybitnie kompensacyjno-życzeniowym. Samobójstwa nie popełnił, strzelać nie mógł, bo nie miał rewolweru. Blizna na skroni pochodzi od uderzenia żelazem — rozbili mu głowę ludzie jacyś niedobrzy—jakieś niedobre chłopy wojskowe i cywilne—w ogrodzie za koszarami; jako dyżurny kazał im sobie iść, bo tam nie wolno było chodzić, zaczęli mu wymyślać i pobili go kawałkami żela‹a. — W pułku było mu dobrze i elegancko służyć, dowódca pułku wyróżnił go i kazał mu uczyć innych. Poprzednio był generałem kozackim. W Kijowie oficerowie polscy bardzo mu dziękowali i zapraszali go do Polski. Dostał do wyszkolenia kawalerję, do piechoty wstąpić nie chciał. Co do orkiestry daje wymijające odpowiedzi.

Narzeczonej nigdy nie miał, z temi narzeczonemi nigdy się nie zadawał. Czy znał Natalję S-ównę?. „Nie". Brata swego zna dobrze. Czy znał Ty—skiego? — (ta sama reakcja, co przy pytaniu o narzeczoną, — smutnieje, zakrywa twarz rękami) powtarza: Ty — ski, Ty — ski — „tam było dużo takich chłopców. Możliwe, że Ty—ski popełnił samobójstwo", ale nikt mu o tem nie

mówił.—Może zna Wr—skiego?, — muzykanta? — nawet nie słyszał takiego nazwiska. Własnego rewolweru „przy sobie“ nie miał, wogóle w pułku nie miał rewolweru.

Jak go pobili, to upadł; jak przyszedł do siebie, to przekonał się, że jest tutaj w szpitalu. Teraz jest zdrów i z pobicia już wyzdrowiał (mówi to bez przekonania), tylko bardzo chce z powrotem do pułku; będzie tam robił „najgłówniejsze, najlepsze, najtrudniejsze służby“, jest tam potrzebny, bo inni tak dobrze służby pełnić nie potrafią, jak on.

Z badań specjalnych:

Obrazki złożone. Chory przypatruje się przesadnie, ze skupieniem, namyśla się:

Polowanie — żyto skoszone, snopy zrobione—co to?—karabiny mają, jakieś gęsi, czy jakieś ptaki latają.

Pastwisko—krowa, panienki po krowę przyszły. Swoją krowę mają.

Żniwo—żyto już skoszone, snopy już zrobione, kobieta jakaś.

Doświadczenie kojarzeniowe.

L.	Sygnał	Czas w $^1/_5''$	Reakcja	Reprodukcja
1	jabłko	25	które w sadach jest	bywa dojrzałe i niedojrzałe
2	zielony	23	jak niedojrzały to zielony	bywa zielone i bywa żółte
3	woda	38	w studni i rzece	bywa zimna i bywa ciepła
4	śpiewać	15	głosem	i dobre piosenki i trudne i lekkie
5	życie	52	zależy gdzie	bywa dobre i niedobre
6	zimny	21	bywa zimny i ciepły	(płacze): głowa boli
7	głowa	25	i boli i bywa zdrowa	zaczyna boleć
8	tańczyć	25	jak gra muzyka	umieć tańczyć
9	okno	55	albo na dwór albo na ulicę	zamknięte
10	krótki	20	okno — rozmaity i krótki i długi	krótkie okno

Wieś—pole, tu i domy są, chaty jakieś—„sioło".

Opowiadanie: „Leniwy Osioł": — No i on przyszedł bez soli i musiał znów iść po sól, żeby przynieść. Gąbki też wrzucił do wody; i sól przepadła i to wszystko przepadło. I on musiał iść znowu po sól i po to wszystko, i na niego się gniewali ci, co na niego to wszystko położyli. Zrobił tak, bo nie umiał obchodzić się dobrze.

Kilka następujących zestawień uwypukla skłonność chorego do perseweracji:

24	szukać	25	co szukać
25	lampa	50	o ile człowiek wie, gdzie znaleźć lampę, to tam szuka
29	chleb	25	chleb to jest dla jedzenia
30	bogaty	55	w wojsku i bogaty i niebogaty dostaje chleb
37	obyczaj	30	czyli dobry, czyli niedobry
38	nowy	35	nowy obyczaj

Wreszcie—kilka kojarzeń nieobojętnych

15	rewolwer	30	tak, rewolwer, i karabin bywa
23	narzeczona	50	kto ma, niektórzy mają, a niektórzy nie mają
35	lasek	25	zielony
36	umierać	35	jak przyjdzie śmierć

Przy próbie kojarzeniowej występują zatem na jaw cechy organicznego otępienia: długi czas reakcji, powierzchowny, definicyjny charakter kojarzeń, prawie stałe mylne odtwarzania, wybitna perseweracja.

W dniu 5/X 24 wystąpiły dreszcze. Chory skarży się na ból głowy, jest zamącony, chętnie się pokłada. T° = 37°, 6. Tętno 66 7/X — 24 leży bez ruchu, nie przyjmuje pokarmów, T° 39. Tętno 64. Zupełnie nieprzytomny. Sztywność karku zaznaczona. Kernig. Wybitna sinica powiek i warg. Tonus prawej kończyny górnej większy, niż lewej, Lekkie drgawki w prawej kończynie górnej i głowy z prawa na lewo. Żrenice wąskie. Oddziaływanie źrenic=0. Nietrzymanie moczu i kału. Zmarł dnia 8/X—24.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne (Pracownia Anatomo-patologiczna Of. S. S.): Hyperaemia pulmonum. Dilatatio cordis et degener.

parenchymatosa musculi. Thymus persistens. Tumor lienis fibrosus. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Abscessus lobi temporalis dextri.

Na prawej skroni blizna okrągła o średnicy 6 mm. na wysokości brwi, na odległości 2,5 cm nazewnątrz, na lewej skroni taka sama blizna o średnicy 5 mm, na 1,5 cm. ku przodowi od małżowiny usznej na wysokości granicy górnej i środkowej $^1/_3$ tej małżowiny.

W środkowej jamie czaszkowej, z prawej i lewej strony, prawie pośrodku jamy okrągłe wgłębienie o średnicy około 1 cm o nierównej powierzchni, okrążonej wałem szerokości 5 mm ze zgrubiałej kości; grubość kości czaszki 0,5 cm, istota gąbczasta zcieńczała, z przerwami w ciągłości w wielu miejscach.

Opona twarda—napięta, szarawo-biaława, prześwieca w okolicy obydwóch wgłębień w środkowej jamie czaszkowej zrośnięta z kością.

Zatoki żylne zawierają obficie ciemno-czerwone zakrzepy krwi.

Opony miękkie, przepojone płynem, matowe, łatwo oddzielają się od istoty mózgowej, naczynia opon rozszerzone i nastrzyknięte.

Obydwa płaty skroniowe zrośnięte ze środkową częścią środkowej jamy czaszkowej.

W prawym płacie skroniowym—ropień wielkości mandarynki.

Grasica wagi 15,0. miękka, soczysta, szaro - różowa.

Mikroskopowe badanie ropy (Pracownia Bakterjologiczna Of. S. S.) wykazało: 1) liczne ciałka ropne, 2) liczne ziarniki gramdodatnie, leżące grupami bądź to wewnątrz leukocytów, bądź oddzielnie. — Posiewy wykazały obfitą i czystą kulturę gronkowca białego (Staphylococcus albus). Innych drobnoustrojów ani na preparatach, ani na posiewach nie znaleziono.

Plut. C. jak to wynika ze śledztwa sądowego, przychodził do panny S. N., mieszkającej razem z matką, przeszło dwa lata, a od roku był jej narzeczonym; przychodził on stale koło godziny 6-ej po południu i przesiadywał do późna wieczorem; często wychodzili na spacer. W dniu tragicznym przyszedł on około g. 11-ej rano i, posiedziawszy jakie dwie godziny, wyszedł z narzeczoną na spacer. Matka zauważyła, że był zdenerwowany, przyczyny jednak tego co się stało nie zna. Wieczorem czekała na córkę i szukała jej, ale dopiero nazajutrz rano usłyszała na rynku o znalezieniu „dwóch trupów" w lesie.

Leśniczy lasu miejskiego dnia 25/VI 24 r. zauważył siedzących w lesie dwoje młodych ludzi—mężczyznę i kobietę: na jego, widok dziewczyna zmieszała się, spuściła głowę, okryła się kołnierzem

i przytuliła się do mężczyzny; wobec tego leśniczy nie podszedł bliżej. Nazajutrz rozpoznał tych samych dwoje już po katastrofie.

W dniu tego tragicznego spaceru rano rozegrało się w koszarach X p. p. następujące zajście.

Plut. C. przyszedł na zbiórkę z rewolwerem w kieszeni. Ponieważ był wydany przez d-cę pułku rozkaz, zabraniający podoficerom noszenia broni krótkiej poza służbą, oddał on rewolwer na przechowanie 16-letniemu uczniowi muzyki Wr. Ten o godz. 6-ej rano pokazywał go kolegom. Uczeń szereg. Tyski wziął rewolwer, przyłożył go do ust, powiedział, że tak najlepiej strzelać, poczem rewolwer oddał i Wr. schował go do niezamkniętego kuferka. O godz. 9-tej Cz. pytał jeszcze Wr. czy jest rewolwer. Szer. Tyski tegoż samego ranka z tegoż rewolweru zastrzelił się.

Śledztwo w sprawie tego samobójstwa rychło wykryło, że rewolwer był własnością plut. C. Nie oddano mu już tego rewolweru, robiono wymówki, że dał rewolwer chłopcu, przewidywano wreszcie, że czeka go za to kara więzienia. Plut. C. przejął się tem ogromnie, zbladł i przestraszył się. Był podniecony, zdenerwowany. Wstąpił do mieszkania, zabrał rewolwer bratu i samowolnie oddalił się z koszar. Jak później się okazało, udał się do narzeczonej.

O usposobieniu jego przed tem zajściem udało się zebrać następujące wiadomości: od wczesnej młodości miał być nerwowy, wrażliwy i byle czem się przejmował. Specjalnie był drażliwy na punkcie honoru. Uczył się dobrze, początkowo w gimnazjum, a potem w seminarjum nauczycielskiem. W r. 1915 ukończył szkołę oficerską i był na froncie. W r. 1918 przeszedł jako porucznik do wojska ukraińskiego. W r. 1920 wstąpił jako ochotnik do W. P. i przyjęty został do orkiestry X p. p. w charakterze muzykanta.

Charakterystyka jego z tego okresu czasu, w streszczeniu wyczerpuje się w następujący sposób: Inteligentny, prawy, honorowy, ambitny, skryty, małomówny, nietowarzyski: wszystkie wolne chwile spędzał u narzeczonej, którą bardzo kochał; zarozumiały, hardy, bardzo wrażliwy i nerwowy: najmniejsza uwaga wprawiała go w rozdrażnienie, zachowywał się wówczas bardzo wyzywająco, a gdy się uspokoił, był jak najlepszym człowiekiem. Po hardych odpowiedziach stawał się na pewien czas cichym i bojaźliwym, przepraszał za uniesienie, Usposobienia melancholijnego, ale impulsywny. W dobrym humorze lubił śpiewać piosenki o treści miłosnej—polskie i rosyjskie. „Był bardzo zakochany w sobie". Służbę swą spełniał dobrze, ale traktował ją jako obowiązek, bez wewnętrznego zado-

wolenia. Służba była dla niego ciężarem, miało się wrażenie, że spełnienie tych obowiązków sprawiało mu jakby przykrość. Do Rosji wracać nie chciał, bał się bolszewików, że ci mogliby go pozbawić życia w razie powrotu. Mówił, że był w armji rosyjskiej oficerem; gdyby mógł tam być dalej, uczyłby się w szkołach, a po nauce z karabinem chodził na polowanie. Ubolewał, że takie potężne mocarstwo, jak Rosja, upadło. Do państwowości polskiej odnosił się nieufnie.

W streszczeniu tych dość skąpych wiadomości, które akt karny zawiera o poprzedniem życiu plut. C, należy uwypuklić momenty następujące:

Był on osobnikiem od wczesnej młodości nerwowym, usposobienia melancholijnego, zamkniętym w sobie, ale wrażliwym, przeczulonym, wybuchowym, bardzo ambitnym. Pochodzi z bliźniąt. Wybił się w życiu do poziomu wykształcenia gimnazjalnego i seminarjum nauczycielskiego, w wojsku zaś do pierwszej szarży oficerskiej. Zdarzenia dziejowe wyrzucają go z kolei życiowej. Ostatecznie ląduje życiowo w wojsku polskiem, w orkiestrze X p. p. jako muzykant. Ta sytuacja była dla niego bezwzględnie załamaniem się życiowem, nieodpowiadającem ani jego ambicjom społeczno-państwowym, ani potrzebom intelektualnym. Był w służbie poprawny, ale dawało się wyczuć, że jest ona dla niego ciężarem— mówią świadkowie. Jedynym człowiekiem, z którym łączyło go szczere przywiązanie, była jego na.zeczona, typ również niezrównoważony, wrażliwy, niezadowolony z życia i lubujący się w myślach o samobójstwie.

Sam fakt zabójstwa i samobójstwa był dla wszystkich niespodzianym i niewytłumaczonym. Nie umie go objaśnić ani matka narzeczonej, ani brat plutonowego C., ani jego otoczenie. Wiadomym jest tylko incydent tego samego ranka w koszarach: samobójstwo ucznia muzykanckiego szer. Ty-skiego właśnie z wykradzionego rewolweru plutonowego C. Pewne wykroczenie służbowe łącznie z faktem niedozwolonego noszenia rewolweru oraz wmieszanie go do śledztwa w sprawie samobójstwa musiały dotknąć jego ambicję i wprawiły go w stan znacznego zdenerwowania Fakt samobójstwa sam przez się nie pozostał bez wrażenia, a dotknął suggestywnie, według wszelkiego prawdopodobieństwa, żywotnego kompleksu.

Pierwszy okres po postrzale, a właściwie przestrzale głowy ma wszelkie cechy t. zw. ostrego stanu wstrząśnieniowego mózgu (acute Kommotionspsychose). Po przeminięciu tego stanu pozostaje psychoza organiczna w ścisłem tego słowa znaczeniu, ze zwolnie-

niem postrzegania i kombinowania, perseweracją, organiczną zmiennością afektów (stanem depresji i euforji) i zaburzeniami pamięci. Te ostatnie początkowo dają obraz niepamięci wstecznej całkowitej, sięgającej wstecz, daleko poza moment postrzału. Lukę pamięciową zapełniają konfabulacje i pseudoreminiscencje o charakterze kompleksowym, w treści swej życzeniowo kompensujące zawody życiowe. Występuje i urojeniowy stosunek do otoczenia o lekkiem zabarwieniu prześladowczem i wyrażnem wywyższeniowem, oparty również na mechanizmach psychorodnych.

Z biegiem czasu gęsta i nieprzenikniona zasłona niepamięci zaczyna przepuszczać światło. Pamięć powraca, ale nie całkowicie. W niepamięci wstecznej ukryte pozostaje nadal w sposób elektywny wszystko, co ma związek z ciężkiem przeżyciem afektywnem: a więc posiadanie rewolweru, fakt samobójstwa ucznia Ty-skiego, narzeczeństwo — osoba narzeczonej—zabójstwo i samobójstwo—przyczyna obecnej choroby. Afektywne reakcje chorego (zahamowanie, smutnienie, mieszanie się, milczenie, przesadne przeczenie, chwilowe przebłyski istnienia zabitej narzeczonej) wskazuja, że przez mechanizm wypierania przeżycia te, jako zbyt przykre, nie są dopuszczone z powrotem do świadomości. Tego rodzaju niepamięć pozostała bez zmian do zgonu chorego, który nastąpił w 3 miesiące po postrzale przy objawach ropnia mózgowego.

Prepsychotyczna osobowość plut. C. wykazuje od wczesnych lat te cechy niezrównoważenia psychicznego, które składają się na t. zw. usposobienie sensytywne (*Kretschmer*). Również i narzeczona jego, pomimo bardzo skąpych wiadomości, jakie udało się o niej zebrać, także, a może bardziej jeszcze ten typ reprezentuje.

Typy sensytywne odznaczają się z jednej strony miękkością i wrażliwością uczuciową, reagującą bardziej intensywnie na podniety świata zewnętrznego, z drugiej zaś wzmożoną miłością własną i zarozumiałością. Typy „wewnętrzne", głęboko kryjące w sobie uczucia o dużem napięciu, typy skłonne do samokrytyki, do skrupulatnej etyki i altruizmu, skłonne wreszcie do zastoju afektu: nie zapominają przykrych przeżyć przez lata całe, ale i nie uzewnętrzniają ich.

„Znaleść ich można — powiada *Gruhle* — wśród młodocianych samobójców, oraz wśród tych, którzy wspólnie z ukochanemi idą w objęcia śmierci (podwójne samobójstwo); napróżno szukać w nich uzasadnienia tego czynu; cechuje ich pewien rzewny smutek, który się wzmaga. Prym wiedzie tu dziewczyna, umie ona wywierać żal na każdą przyjemną chwilę. On znajduje się całkowicie pod jej

wpływem, przyzwyczaja się widzieć przyszłość w ciemnych barwach i wżywa się z nią w przekonaniu, że najpiękniej byłoby razem zejść z tego świata. Sycą się oni wzajemnie cierpieniem, stworzonem przez nich samych. W pewnym dniu wiosennym ona proponuje mu „koniec"; przystraja się kwiatami, które on lubił i przyjmuje od niego śmiertelny strzał. On zaś idzie za nią".

Pod niepamięcią (amnezją) przyjęte jest rozumieć zanik pamięci za pewien okres czasu najczęściej ostro odgraniczony t. j. t. zw. lukę pamięciową, Niepamięć wsteczna obejmuje nietylko okres chorobowy, ale zagarnia i okres poprzedzający, w którym napewno żadne zaburzenia psychiczne nie istniały.

Naogół niepamięć — luka pamięciowa—odpowiada zaćmieniom świadomości. Stosunek ten wzajemny jednak nie jest prosty. Zbyt często ze stosunku zaburzenia świadomości do przypominania, należy wnioskować, że wpływa tutaj jeszcze inny czynnnik (*Aschaffenburg*). *Bleuler* odróżnia stany pomroczne świadomości (Dämmerzustände) od nieprzytomności zupełnej (Bewusstlosigkeit), W stanach pomrocznych daje się często stwierdzić pewien stopień zdolności przypominania sobie: engramy mogą zatem być tworzone.

Pewien epileptyk, mający tygodniami nieraz trwające stany pomroczne, przypominał sobie stale w przeciągu tych stanów ostatnie dwa dni; w miarę posuwania się zamroczenia posuwała się według tej reguły i niepamięć. Zdarza się również, że przypominanie zjawia się podczas najbliższego analogicznego zaćmienia świadomości: alkoholik, który w stanie upicia się zgubił klucze, przypomina sobie, gdzie je zostawił, w stanie najbliższego upicia się. Powyższe tyczy się nietylko histerycznych zamroczeń, ale również i padaczkowych i toksycznych. Amnezje zatem różnych stanów pomrocznych nie są genetycznie jednorakie. W każdym razie należy przyjąć więcej mechanizmów, które powodują amnezję i w wielu, kto wie, czy nie w większości przypadków, współdziałają, aby ją wywołać lub utrwalić[1]). Wypadanie z pamięci najświeższych obrazów pamięciowych miałoby wskazywać na to, że odpowiadające im ślady materjalne w mózgu, o których istocie zresztą nic niewiadomo, nie są jeszcze przez pewien czas po ich przyjęciu utrwalone w tym stopniu, jak obrazy pamięciowe starsze. W sprzeczności z tym poglądem znajdują się przypadki, w których pamięć szczegółów aż do samej utraty świadomości jest najdokładniej zachowana.

[1]) p. ostatnio: Stern, Über die Aùfhsienung der Amneaece Z. f. d. g. N. u Ps. B. 108 H. 4. 1927.

Niepamięć wsteczna, jako wiadomo, zdarza się przy padaczce, eklampsji, próbach powieszenia, zatruciu tlenkiem węgla, wstrząsie mózgowym i uszkodzeniach czaszki. Sprawa jej powstawania nie jest jasną, a czasem, jak np. po wstrząsie mózgu zupełnie zagadkową (*Aschaffenburg*). *Möbius* skłonny był uważać niepamięć wsteczną po nieudanem powieszeniu się za objaw histeryczny, narówni z samym zamiarem samobójczym; nie objaśnia to jednak, dlaczego nie zdarza się ona przy innych postaciach samobójstwa, i dlaczego histerja ma powodować niepamięć właśnie wsteczną. Próby postawienia niepamięci w związku z anemją mózgu przy powieszeniu nie objaśniają również, dlaczego niepamięć wsteczna obejmuje czas przed wystąpieniem niedokrewności. *Aschaffenburg* też przychodzi jedynie do negatywnego wniosku, że zaćmienie świadomości samo przez się nie jest jedynym czynnikiem, powodującym niepamięć. Zaćmienie świadomości specjalnie po postrzałach czaszki rzadko powoduje zupełną niepamięć, która może być i wsteczną. (*Marburg)*.

Przy amnezjach psychorodnych podnosi *Bleuler* znaczenie mechanizmu wypierania ze świadomości przykrych wspomnień (lub wypadków) i daje odnośne przykłady.

Jaspers mówi wtedy o „optymizmie wspomnień".

Rozgraniczenie niepamięci organicznej od niepamięci czynnościowej przeprowadza *Gruhle* na następujących przykładach: Oficer, który po upadku z konia nie przypomina sobie całego dnia, w którym się to stało i rannej przejażdżki przed wypadkiem, zdradza niepamięć wstęczną która jest niepamięcią całego okresu czasu,—niepamięcią organiczną. Neuropatyczna panna po nieudanym teatralnym zamachu samobójczym, spowodowanym zawodem miłosnym, wyrzuca z pamięci wszystko, co dotyczy ukochanego; zdradza ona również niepamięć wsteczną, ale niepamięć pewnego przeżycia niepamięć psychorodną, kompleksową, katatymiczną.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przypadku plut. C. typu, przypominam, sensytywnego, ogólna niepamięć wsteczna, całkowita w stosunku do pewnego okresu czasu, wywołana wskutek organicznego uszkodzenia mózgu, w czasie ustępowania swego pozostawiła amnestyczne wyspy, dotyczące pewnego przeżycia i związanych z niem osób, a zatem niepamięć wsteczną psychorodną: tak jakby organiczne schorzenie mózgu stworzyło dogodniejsze warunki dla kompleksowego tłumienia i wypierania ze świadomości.

Że proces mózgowy pozatem zezwolił na wydobycie się na powierzchnię psychiczną całego zespołu kompensacyj życzeniowych, skrzętnie skrywanych we wnętrzu psychicznem za czasów zdrowia

psychicznego narówni z ressentymentem w stosunku do sytuacji życiowej i otoczenia, wynika to z treści konfabulacyj i pseudoreminiscencyj, a przedewszystkiem z urojeniowego prześladowczo-wywyższeniowego stosunku do rzeczywistości. Ten urojeniowy stosunek w urazowych cierpieniach psychicznych zasługuje na specjalną uwagę.

Na końcu tych rozważań psychopatologiczno-klinicznych trzeba poświęcić trochę czasu początkowi i końcowi psychozy plut. C.

Początkowe zaburzenia psychiczne przy postrzałach mózgu należy odróżniać od zaburzeń psychicznych następczych. W stanie początkowym zamroczenie świadomości było bardzo głębokie i trwało conajmniej tydzień. Zupełna niepamięć, która może być wsteczną, należy, jak to już powiedziano, przy postrzałach mózgu do rzadkości (*Marburg*). Również i psychoza *Korsakowa*, uważana za właściwą psychozę wstrząśnieniową (*Schröder*), przy postrzałach mózgu spotyka się rzadko. *Allers* opisał w tych przypadkach pozatem dwa zespoły: zespół „apatyczny", charakterystyczny zwłaszcza dla ropni mózgu, i zespół „euforyczny": po krótkiej fazie depresji występuje euforja, stojąca w rażącej sprzeczności ze stanem cielesnym, i polifagja; euforja przechodzi w senność i śpiączkę.

W opisywanym przypadku polifagja miała miejsce w początkowym okresie, euforja zaś zjawiła się w późniejszym przebiegu już skrystalizowanej psychozy organicznej.

Wreszcie autorzy (j. np. *Oppenheim*) zwracają przy postrzałach mózgu uwagę na brak objawow ciężkiego otępienia intelektualnego, nieustosunkowany do dużych nieraz zniszczeń w mózgu, w przeciwieństwie do otępień, rozwijających się np. w związku z nieznacznem ogniskiem apoplektycznem.

Według przyjętej klasyfikacji ropni mózgu na ropnie wczesne i na ropnie późne, można niewątpliwie ropień chorego uważać za ropień późny, który dał o sobie znać w $3^1/_2$ miesiąca po postrzale, po zupełnem zagojeniu się ran i w stanie poprawy psychicznej. Daje się on zauważyć najczęściej dopiero wówczas (*Allers*), kiedy występują objawy oponowe.

Z punktu widzenia kryminologicznego, opisany przypadek jest przypadkiem t. zw. podwójnego samobójstwa. Zabójstwo, które miało miejsce, należy do rzędu zabójstw kochanek. Przy omawianiu sensytywnego typu, podkreślono już fakt podwójnego samobójstwa, jako swoisty dla tego rodzaju usposobienia psychopatycznego; może ono jednak mieć miejsce i przy innej strukturze charakteru, najczęściej niezrównoważonego. O motywach tego zabójstwa i samobójstwa nie wiemy nic pewnego: nie wiemy czy to zabójstwo miało miejsce na życzenie

osoby zabitej (§ 460 p. k. k.), jest jednak wielce prawdopodobne, że stało się za jej wiedzą. Nie wiemy nawet, czy istnieje wewnętrzny związek pomiędzy stosunkiem erotycznym, łączącym tych dwoje, a ich śmiercią; tragiczny ich koniec tkwi raczej w sensytywizmie o zabarwieniu rosyjskiem, w szczególności zaś w sensytywnym stosunku do życia wykolejonego przez wojnę i przez przewrót społeczny w Rosji. Zaliczenie więc plut. C, do kategorji zabójstw kochanek jest zupełnie formalne.

Willmans opisał przypadek („Fall Hagemaier") podwójnego samobójstwa, a w tem zabójstwa kochanki za jej namową. Ona otrzymała trzy postrzały (wszystkie niepoważne), zmarła zaś od zadzierzgnięcia sznurem. On się powiesił, ale został uratowany. Obszerna początkowo niepamięć wsteczna (powieszenia) ustąpiła stopniowo w znacznej mierze z wyjątkiem okresu zaduszenia i powieszenia i nie wykazuje charakteru kompleksowego. W orzeczeniu sądowo-lekarskiem *Willmans* podkreślił psychopatyczne podłoże *Hagemaiera* i jego kochanki, jego słabą wolę i jej potężny suggestywny wpływ. Sąd nie mógł wykluczyć możliwości samozaduszenia się. *Hagemaier* został uniewinniony z oskarżenia „zabójstwa na wyraźne żądanie" i skazany za „niebiezpieczne uszkodzenie ciała" na 9 miesięcy więzienia z zaliczeniem 3-ch miesięcy aresztu śledczego.

Analogiczne przypadki sądowe, w których sprawca pozostaje przy życiu, wymagają rozwiązania kilku zagadnień kryminologicznych, a mianowicie: ustalenia 1) poczytalności tempore criminis, 2) stanu psychicznego w czasie postępowania sądowego i możności odbywania kary, 3) niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Znaczenie niepamięci wstecznej dla oceny sądowo-lekarskiej czynu karygodnego jest nikłe i pytanie, czy niepamięć ta, zagarniając wstecz moment tego czynu stoi w jakimkolwiek bądź stosunku do poczytalności, musi być załatwiona negatywnie; obejmuje ona bowiem okres zdrowia psychicznego (o ile niema innych danych), w których sprawca czyn inkryminowany popełnił. Określenie więc stopnia poczytalności zależy całkowicie od oceny prepsychotycznej psychiki sprawcy. W danym przypadku należałoby iść w kierunku poczytalności zmniejszonej, gdyż plut. C., jako sensytywny psychopata, aczkolwiek rozumiał istotę i znaczenie popełnionego czynu, to jednak mógł w stosunku do tego czynu kierować swem działaniem w stopniu mniejszym, niż osobnik psychicznie zrównoważony.

Okoliczności jednak, które zaszły bezpośrednio po zastrzeleniu narzeczonej, postrzał w głowę, postrzelenie mózgu na wylot i ciężka organiczna psychoza tem spowodowana, aczkolwiek nie mogą cofnąć

kryterjum poczytalności wstecz na sam czyn inkryminowany, jednakowoż stwarzają je bezpośrednio przez ten czyn. Oskarżony, jako cierpiący na ciężką chorobę psychiczną a priori z niepomyślnem rokowaniem, jest w czasie prowadzenia przeciwko niemu dochodzenia sądowego niepoczytalny i jako taki nie może brać ani udziału w postępowaniu sądowem (jak to zresztą wykazała próba przesłuchania sądowego) ani też podlegać karze pozbawienia wolności. (§ 353 u. p. k.).

Kwestja dalszego niebezpieczeństwa dla otoczenia imperatywnie rozstrzygana w myśl II ustępu § 39 p. K. K. w przypadkach zabójstwa przez niepoczytalnego sprawcę w kierunku obowiązkowego umieszczania sprawcy w zakładzie dla psychicznie chorych może być bardziej szeroko traktowana w przypadkach analogicznych do opisanego.

Niema tu imperatywnego przymusu w sensie § 39 cz. II, skoro sprawca nie jest w czasie inkryminowanym w zupełności niepoczytalnym. Moment niebezpieczeństwa musi tu być indywidualnie oceniany. Organiczny charakter psychozy, a nieraz i ciężkie kalectwo cielesne (porażenia, ślepota i t. d.), spowodowane uszkodzeniem mózgu najczęściej, według wszelkiego prawdopodobieństwa, pozwalają moment niebezpieczeństwa wykluczyć. Nie stoi więc na przeszkodzie nic, aby tego rodzaju chorzy przestępcy za zezwoleniem sądu mogli być oddani pod opiekę rodziny.

W przypadku plut. C. konflikt jego z prawem przecięła śmierć. Do wydania orzeczenia sądowo-lekarskiego nie doszło. Sprawa została umorzona.

Piśmiennictwo.

Aschaffenburg—Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Aschaff. Handb. der Psychiatrie. Allg. T. 3 Abt. Deuticke 1915.

Bleuler—Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin Springer 1916.

Gruhle—Psychiatrie für Arzte. Berlin, Springer 1918.

Hoche—Handbuch der gerichtlicher Psychiatrie. Berlin, Hirschwald 1909.

Jaspers—Allg. Psychopatologie. Berlin, Springer 1913.

Kretschmer—Medizinische Psychologie Leipzig 1922.

„ — Der sensitive Beziehungswahn. Berlin, Springer 1918.

Marburg — Die Kriegsverletzungen des Nervensystems. Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems. Wiesbaden, Bergmann 1917.

Schilder — Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanal. Grundlage Intern. Psychoanal. Verlag 1925.

Wetzel u. Willmans—Verbrechertypen. Geliebtenmörder. Berlin, Springer 1913.

RÉSUMÉ.

Jean Nelken. **L'amnésie rétrogade chez un blessé du crâne. Meurtre et suicide.** (Du Service psychiatrique à l' Hôpital de l' École du Service de Santé Militaire à Varsovie).

En rapport avec un cas d'amnésie rétrograde á la suite d'une blessure par arme de feu du crâne, l'auteur met en analyse le coté psychiatrique et criminologique de cet symptôme. L'amnésie rétrograde, comme elle est connue, se laisse observer dans l'épilepsie, l'éclampsie, après les tentatives de pendaison, dans la commotion cérébrale et dans les lésions du crâne.

Le fait de l'extension de l'amnésie outre la période de la maladie même sur le temps, qui lui précédait, où aucune perturbation dans l'etat psychique n'a eu certainement lieu, reste énigmatique. D'une façon générale le trouble de la conscience ne constitue pas la seule cause de l'amnésie, d'autres agents y coopèrent. Un des mécanismes de production des amnésies psychogènes consiste en refoulement de la mémoire des souvenirs pénibles L'amnésie rétrograde organique concerne ordinairement toute une période délimitée de la vie, l'amnésie psychogéne par contre est une amnésie d'un événement déterminé.

Dans notre cas il s'agit d' un musicien d'orchèstre militaire, ancien officier de l'armée russe. Après avoir eu un malentendu à la caserne, il va voir sa fiancée, se rend avec elle à la promenade dans un bois voisin; là il tue d'un coup de revolver d'abord elle, puis se tire un autre coup, qui lui traverse les deux tempes de part en part. Ramené à la vie après un état commotionnel aigü, il montre les symptômes d'une psychose organique avec ralentissement de perception et de combinaison, avec instabilité affective et enfin avec troubles de memoire et confabulation. Ici s'ajoute encore une disposition paranoïde envers l'entourage avec un léger délire de persécution et de grandeur à caractère cathatymique. Au moment du retour de la mémoire reste toujours caché sous la forme de l'amnésie rétrograde d'une façon élective tout ce qui concerne son drame personnel, le fait des fiançailles, la possesion du revolver, le crime, le suicide.

Après trois mois d'observation survient la mort par suite d'un abscès de cerveau, localisé dans le lobe temporal droit.

Dans ce cas donc l'amnésie rétrograde complette, produite par une lésion organique de cerveau laisse un îlot amnéstique, concernant tout ce qui se rattache à un certain évenement, donc une am-

nésie psychogène. Tout se passe ici comme si la lésion cérébrale eu créé des conditions favorables au procès du refoulement des certains souvenirs. La personalité prépsychotique du sujet montre des signes du „type sensitif" (Kretschmer).

Au point de vue criminologique le cas decrit présente un exemple d'un „suicide double". Ceci à part il donne certains problèmes criminologiques à resoudre: 1) la résponsobilité du sujet au moment de l'accomplissement du délit, 2) son aptitude à prendre part au procès judiciare aussi que de subir la peine, 3) la question du danger qu'il présente à l'avenir pour l'entourage. La responsabilité dépend ici totalement de l'état prépsychotique du sujet, car aussi bien les troubles psychiques en général, que l'amnésie rétrograde n'existaient encore pas au moment du délit. Après l'accomplissement du crime le sujet s'est rendu irresponsable et inapte de subire la peine judiciaire à cause d'une maladie mentale grave. La question du danger se trouve presque toujours éliminée dans ces cas du fait du caracterè torpide de la psychose, de son mauvais prognostique et souvent aussi d'une infirmité corporelle grave, effet de la łésion cêrébrale (cécité, parèsies etc.). Il ne s'oppose donc rien à ce que de tels malades criminels soient remis à leur familles sur la permission du tribunal.

Dans notre cas tous ces problèmes se trouvent tranchés du coup par la mort du délinquent.

Zakład w Kocborowie — dyrektor dr. S. Kryzan.

ZABURZENIA PSYCHICZNE W GIGANTYZMIE.

napisał

Dr. B. SWIETŁOW.

Rozwojowe anomalje szkieletu w makrosomji oddawna są przedmiotem nadzwyczaj gruntownych i szczegółowych badań neuropatologów, którzy opracowali ten temat tak dokładnie, że obecnie mamy dość obszerną literaturę, poświęconą tym zagadnieniom — na czele jej stoją *Brissaud i P. Marie.*

Natomiast w psychjatrji piśmiennictwo, omawiające psychiczne zaburzenia przy objawach makrosomji dotychczas jeszcze jest ubogie.

Kliniczne spostrzeżenia nad zmianami psychicznemi w jednej z postaci makrosomji — mianowicie w akromegalji, opisywane są jako różne obrazy w formach, odpowiadających maniakalno-depresyjnej psychozie (*Rubinowicz*), stanom ostrego podniecenia maniakalnego—(*Garnier* i *Santeinoise*), obrazowi zbliżonemu do paranoia hallucinatiora acuta—(*Pick*), dementia praecox—(*Mikulski*), pseudoschizophrenia—(*Bychowski*) katatonia, otępienie paranoidalne i hebefrenia—(*Bleuler*). Podawano również w akromegalji objawy ogólnego upadku inteligencji, astenji i abulji—(*Brunet*), epilepsji z obłędem—(*Parhon*). Zaburzenia psychiczne, tyczące się drugiej postaci makrosomji, mianowicie gigantyzmu, opisywane są pod postacią katatonji (*Ascoussi*) psychozy halucynacyjnej (*Anton*), jak również manii, melancholji i „confusion mentale" (*Parhon*). Mając zatem na względzie rzadkość odnośnych przypadków i dość skąpe opracowanie ich zarówno w polskiej literaturze i jak w zagranicznej, uważałem za pożądane przedstawić Szan. Państwu rezultaty swoich spostrzeżeń i badań jednego przypadku wzrostu olbrzymiego.

Pacjent K. S. urodzony 31. III 1906 r. w Krakowie, został umieszczony w Kocborowie 31. XII 1924 r.

Dziad ze strony ojca wyróżniał się bardzo wysokim wzrostem.

Ojciec—również wysokiego wzrostu. Przed wojną był zamożnym człowiekiem, stracił cały majątek podczas wojny, obecnie jest urzędnikiem wyższego stopnia, ma 63 lata, jest dziwakiem, niezrównoważonym, ale fizycznie zdrowym, wzrost jego wynosi 1,81 m. W rodzinie ojca przyrodnia siostra jego chorowała psychicznie podczas tyfusu i zmarła.

Przyrodni brat ojca zmarł na paraliż postępujący. Matka naszego pacjenta ma lat 44, jest anemiczna, nerwowa, lecz czuje się zdrową: wzrost jej wynosi 1,67 m.

W rodzinie matki nie było umysłowo chorych, lecz można zaznaczyć tylko, że jeden z braci, starszy od niej, w wieku młodzieńczym był nadzwyczaj kłamliwy.

Pacjent miał dwoje rodzeństwa, starszy brat w 15 roku życia upadł na ślizgawce, uderzył mocno głową o lód i zmarł na wstrząs mózgu.

Drugą z rzędu jest siostra, mająca 22 lata, zdrowa, o astenicznej budowie ciała, wzrost—1,74 m.

Najmłodszym jest nasz pacjent, poród odbył się normalnie, dziecko przy urodzeniu warzyło 4300 gr.

W ciągu 5 miesięcy dziecko było karmione piersią matki, następnie z powodu braku pokarmu przeszło na flaszkę.

Rozwijało się w sposób następujący: zaczęło ząbkować w 10-ym miesiącu, przyczem zęby wyrzynały się w innej kolejności, niż to bywa zazwyczaj; najpierw pojawiły się górne siekacze, następnie dolne, reszta zębów też wyrzynała się nie według normalnego schematu. Chłopiec siadał, mając 7 mies. stanął w 12-ym mies., zaczął chodzić w 15-ym mies. życia, zaczął mówić mając $2^1/_2$ lata. W tym czasie przechodził 3 razy zapalenie płuc. Dziecko, mając już 9 lat, zanieczyszczało się jeszcze moczem.

Pod względem psychicznym chłopiec nie różnił się w niczem od rówieśników, w stosunku do rodziców był tkliwy i łagodny. Zaczął czytać i pisać w 6-tym roku życia, był pojętnym chłopcem, ale pisał w sposób dziwaczny, np. rozpoczynał i pisał każdą literę od końca i w taki sposób pisał w ciągu kilku lat. W 9-tym roku życia zachorował na płonicę, po której przez 3 miesiące źle słyszał na oba uszy. Do 9 lat uczył się w domu naogół dobrze, tylko w matematyce był trochę słaby. Kiedy miał koło 9 lat, matka zauważyła, że lubi bardzo kłamać, przytem kłamał często niepotrzebnie, zapierał się nawet w błahych rzeczach, nie przyznawał się do kłamstwa nawet wtedy, gdy prawda już wyszła najaw.

W tym okresie rodzice pierwszy raz zauważyli, że chłopak

zaczął szybko rosnąć. Kiedy miał 12 lat, był już o $^1/_2$ głowy wyższy od swego 15 letniego brata. Od 12 do 13 lat wzrost pozostawał bez zmian, a potem chory rósł aż do czasu umieszczenia go w Kocborowie. W 1915 r. rodzice oddali go do szkoły angielskiej w Szwajcarji, w kantonie Vaud, gdzie uczył się dobrze przez $1^1/_2$ roku. W szkole tej miał 2-ch kolegów, którzy wywierali zly wpływ na niego i ciągle dokazywali w rozmaity sposób: to udając Indjan, malowali sobie twarze, uciekali w nocy z sypialnego pokoju i straszyli przechodni, zwłaszcza kobiety; to urządzali wieczorami napady na sady mieszkańców tego miasta i t. p, Za awantury chłopiec został zwolniony z tej szkoły i przeniesiony do prywatnej kliniki dla nerwowo i umysłowo chorych w kantonie Neuchatel. Podczas pobytu w zakładzie tym uczęszczał do szkoły powszechnej, w której nieźle się uczył, w zakładzie zachowywał się dobrze. W 1919 r. wyjechał z matką do kraju. W 1921 r. uczył się w niższej szkole rolniczej, ukończył ją po 2-ch latach i wstąpił do średniej szkoły rolniczej, skąd po roku został zwolniony za pijaństwo i rozpustę. Wróciwszy do domu w 1924 r., zaprzyjaźnił się z różnymi zepsutymi i zdemoralizowanymi młodzieńcami, pił z nimi, a ci namówili go do okradania ojca. Wtedy zabierał z domu starą broń, różne antyki i sprzedawał je, by móc hulać.

Samogwałtem zajmowal się, mając 12 lat, pierwsze pollucje miał w 15 roku życia, stosunki z kobietami rozpoczął w 16-tym roku.

Wenerycznych chorób nie miał.

Zaczął pić wódkę w 18-tym roku. Pił początkowo rzadko i niewiele. W ciągu 1924 roku często nadużywał spirytusowych napojów, lecz zawsze pił w towarzystwie i za namową kolegów, specjalnego pociągu do upijania się nie odczuwał i nie odczuwa. Pali od 14 roku, morfiny nie używał, kokainy sprobował tylko raz jeden, gdyż nie podobała mu się.

Pierwsze objawy pociągu do przywłaszczania sobie cudzych rzeczy zauważono w 9 roku jego życia: gdy był w sklepie razem z innym chłopakiem, który coś kupował dla siebie, wziął pokryjomu spinkę i zaniósł ją do domu, co zauważyła matka i do czego się przyznał.

W 1925 r. wyciągnął ojcu pieniądze z pugilaresu. W 1919 r. zawarł znajomość z synem zawodowego złodzieja i w tym czasie zabrał z domu stary bronzowy medal i sprzedał go,

Pacjent był umieszczony w zakładzie dobrowolnie i na zapytanie lekarza, dlaczego przyjechał do zakładu i co mu brakuje, odparł w sposób następujący:— Czuje się zupełnie zdrowym pod każ-

dym względem. Prowadził, jak sam o tem dobrze wie, haniebny tryb życia. Własny ojciec nie chce go widzieć, on na to zasłużył, lecz cóż może poradzić, wprawdzie rozumie, że źle czyni, że występki jego ogromnie dręczą rodziców, ale brak mu woli, aby stawić opór różnym pokusom. Przyznaje się, że czasem przyłączał się do jakiejś bezwstydnej akcji (np. był świadkiem gwałcenia dziewczyn przez jego kolegów, przez ciekawość tylko, gdyż przedtem wypili dużo alkoholu). Po dokonanym fakcie ma wyrzuty sumienia, ale już jest zapóźno.

Badanie stanu obecnego dało wynik następujący:

Osobnik o nadmiernie wysokim wzroście — 2,02 m. i nieprawidłowej budowie ciała: prawa połowa klatki piersiowej bardziej rozwinięta, niż lewa, prawy bark wyższy, prawostronne skrzywienie kręgosłupa w średniej części odcinka piersiowego, w dolnej części kręgosłupa kyphosis. Waga ciała 73 kg.

Asymetrja czaszki w czołowej jej części — lewa połowa nieco skośna w porównaniu do prawej.

Obwód czaski—59,0 cm., wymiar podłużny—20 cm., poprzeczny—16,0,

szerokość twarzy — 11,0
wysokość czoła — 6,0
długość nosa — 6,0
szerokość ramion — 35,0
obwód klatki piersiowej — 89,0
obwód jamy brzusznej — 87,0
obwód miednicy — 97,0
szerokość miednicy między krętaczami wielkiemi — 35,0
obwód prawej ręki 26,0
obwód lewej ręki — 24,0
obwód łydek — 31,5
dłngość dolnych kończyn — 111,0
obwód dolnej szczęki — 30,0

Klatka piersiowa płaska, lewa połowa łącznie z mięśniami słabiej rozwinięta. niż prawa. Nadmiernie długie kończyny, zwłaszcza dolne, dysproporcja ich w stosunku do tułowia wyraźna, znacznie powiększone palce u rąk i u nóg. Miednica szeroka, o charakterze kobiecym.

Twarz—typ kanciasty, łuki nadbrewne znacznie uwydatnione.

Nieznaczna asymetrja twarzy; dolna szczęka nieco wysunięta naprzód. Skóra na twarzy blada, cienka, pokryta gęsto drobnemi piegami, zmarszczona, wobec czego wyraz twarzy starczy. Skóra

na całem ciele blada, tylko na dystalnych częściach kończyn, szczególniej na rękach czerwono-sina. Wyściółka tłuszczowa wogóle słabo rozwinięta, lepiej natomiast w okolicy miednicy.

Owłosienie twarzy bardzo skąpe, szczególnie rzadkie są brwi, w okolicy podbródka gdzieniegdzie rosną włoski. Włosy na głowie ciemno-blond, dość gęste. Pod pachami owłosienie słabo rozwinięte, w okolicy wzgórka łonowego normalne, ale raczej typu kobiecego.

Zęby krzywe, zaciasno osadzone, nierówne, jeden wyżej od drugiego, przyczem drugi siekacz dolny jest podwójny; z wywiadów wynika, że wszystkie siekacze były podwójne, lecz w swoim czasie zostały usunięte. Genitalia silnie rozwinięte. Tarczycę przy połykaniu ledwie można wyczuć, szczególnie z lewej strony. Grasicy nie można wykazać zapomocą opukiwania, ani Roentgenem.

W płucach wypukowo lekkie stłumienie w lewym szczycie. Tętno 60 uderzeń na minutę, miarowe, dobrze napięte. Ciśnienie krwi 100—101. Badanie krwi wykazało: erytrocytów 5,300,000, białych ciałek — 8,700; hemoglobiny 84,0; limfocytów 31,0; wielojądrzastych obojętnochłonnych 63,0; eozynofilów 6,0.

Badanie krwi na odczyn *Wassermana* dało wynik ujemny. Objaw *Aschnera* ujemny. T^0 36,6. W moczu białka i cukru niema.

Źrenice niezupełnie okrągłe, raczej owalne, nieco ekscentrycznie ułożone, prawa trochę szersza od lewej, reagują dobrze na światło i zbieżność osi widzenia. Tęczówki szarego koloru. Pole widzenia koncentrycznie zwężone o 20 stopni. Dno oka bez zmian patologicznych. Odruchy spojówkowe, rogówkowe i gardzielowy zachowane. Głos właśnie obecnie zmienia się na nizki, przedtem był wysoki

Reszta nerwów czaszkowych bez zmian patologicznych.

Odruchy ścięgniste zachowane. Pnie nerwowe bezbolesne na ucisk.

Lippman ujemny. Przy zamkniętych oczach stoi, nie chwiejąc się. Sfera ruchowa, jak również i sfera wszelkich rodzajów czucia bez uchyleń od normy.

Roentgenogram, zrobiony w szpitalu Elżbietanek w Starogardzie w radjologicznym gabinecie p. d-ra *Gaszkowskiego*, za co mu tu serdecznie dziękuję, został odesłany do Roentgenologicznego Zakładu przy Uniwersytecie poznańskim, gdzie kierownik Zakładu p. profesor *Meyer* rozpoznał:

1) siodło tureckie jest niewątpliwie powiększone i nieregularnie zniekształcone,

2) czaszka w całości powiększona, jej ściany znacznie zgrubiałe, małe egzostozy, zwłaszcza na kościach podstawy czaszki,

3) o ile można tylko sądzić z bocznego zdjęcia, jamy pneumatyczne rozszerzone, zwłaszcza sinus sphenoidalis,

4) dolna szczęka bardzo powiększona, wystaje poza górną szczękę,

5) powiększenie ogólnej objętości kości odnóży, nieznaczne zgrubienie nasad,

6) szczeliny międzystawowe szersze z powodu nadmiaru chrząstki,

7) przetrwanie chrząstek nasadowych zaznaczone,

8) drobne egzostozy i narośle kostne w pobliżu przyczepów ścięgien,

Stan psychiczny przedstawia się następująco:

Świadomość pacjenta zachowana w całej pełni. Orjentacja co do czasu, miejsca i otoczenia nie jest upośledzona. Chory nie zdradza omamów i urojeń w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz bywa wyniosłym w stosunku do innych, wyobraża sobie, że jest potomkiem starej, arystokratycznej rodziny, przyczem do swego nazwiska brzmiącego dość zwyczajnie, dodaje przydomek Dąbrowa S-i i podpisuje niekiedy w ten sposób swoje listy do krewnych. W rzeczywistości dziad pacjenta należał do bardzo skromnej warstwy społecznej, nie mającej nic wspólnego z szlacheckiem pochodzeniem i arystokracją. Matka pacjenta również pochodzi tylko ze szlacheckiej rodziny. Przed przyjazdem do Kocborowa w 1924 r. pisywał manifesty, podpisując się imionami królów egzotycznych. W pamięci dawnych przeżyć nie stwierdza się co do dat znacznych błędów, ale treść ich chory podaje coraz to inaczej, zmieniając często szczegóły tego lub innego zajścia.

Pamięć niedawnych zdarzeń i faktów zachowana.

W sferze afektywnej należy zaznaczyć, że zwykłem usposobieniem pacjenta jest stan obojętności z domieszką nieudolnej ironji względem otoczenia. Taki nastrój ulega łatwo zmianie. Chory jest nadzwyczaj ambitny, ale nie szanuje ambicji innych, wobec tego łatwo się unosi, w zatargach staje się nietylko aroganckim, lecz i gwałtownym.

Po zajściu prędko uspokaja się i nie bywa mściwy, bo naogół jest dobroduszny. Również łatwo reaguje śmiechem na wszystko, co mu się wydaje zabawnem i zanosi się od śmiechu ze szczerością małego dziecka. Niekiedy można zauważyć, że pacjent bywa zasępiony, smutny i przygnębiony, zazwyczaj po dokonaniu jakiejś psoty,

lub po odbyciu kary. Zachowywanie się pacjenta w zakładzie w porównaniu z zachowaniem się przytomnych chorych nie świadczy o nim korzystnie.

Ponieważ wykazywał zamiłowanie do rolnictwa, więc wyznaczono mu pracę na folwarku. Z początku chodził regularnie i wypełniał sumiennie wyznaczoną robotę. Jednakowoż po kilku tygodniach zaczął romansować z pacjentkami, rysował nieprzyzwoite obrazki i dawał je pielęgniarkom, korzystając z tego, że praca w polu zwalniała go z pod ścisłego nadzoru. Popsuł kilka książek z bibljoteki zakładowej pornograficznemi notatkami i rysunkami. Z powodu takiego zachowania się zatrzymano go jakiś czas na oddziale. Po odbyciu tej kary znów zaczął chodzić do pracy w polu lecz okazało się niebawem, że pracując obok jednej wioski, zajrzał do oberży, pił tam piwo i wódkę.

Przy ponownem zatrzymaniu go na oddziale przyrzekł solennie, że już na przyszłość nie dopuści się żadnych wykroczeń i prosił o pozwolenie pracowania na warsztacie stolarskim, skąd po kilku dniach usunięto go, ponieważ nie chciał słuchać wskazówek i zleceń majstra, traktował go z góry, siedział godzinami bez zajęcia, paląc papierosy, nareszcie zrobił nóż i model buławy hetmańskiej z drzewa. Zatrzymany znów na oddziale spędzał czas bezczynnie, uchylając się pod różnemi pozorami od wspólnej pracy w ogrodzie, a jeżeli czasami wychodził, to pracował niechętnie i leniwie. Po kilku miesiącach pobytu pod ścisłym dozorem i poprawnego zachowania się pozwolono mu znów pracować na folwarku.

Pomimo że pacjent zawsze opowiadał z patosem i zachwytem o swem zamiłowaniu do pracy na roli, wkrótce zaczął opuszczać się, czasem przychodził w końcu roboty, czasem wcale nie przychodził. We wrześniu 1926 r. uciekł z folwarku, doszedł pieszo do jednej daleko położonej stacji kolejowej, skąd przy pomocy znajomego kolejarza pojechał do Warszawy. Po kilku dniach matka odwiozła go z powrotem do zakładu, zaznaczając, że syn jej zachowywał się w domu porządnie, tylko nie chciał wracać do Kocborowa, dużo płakał i błagał rodziców, aby go nie oddawali do zakładu, bo trudno mu stosować się do tutejszego trybu życia. Jednakże po dłuższym namyśle zgodził się na powrót. Na zapytanie lekarza, dlaczego w taki sposób opuścił zakład, tłumaczył się, że myśl ta odrazu wpadła mu do głowy z powodu rzekomo ordynarnego zachowania się jednego z pielęgniarzy, który wyprowadził go nagle z równowagi i spowodował postanowienie ucieczki do domu.

Jednakowoż potem okazało się, że tłumaczenie to nie było

zgodne z prawdą, ponieważ pacjent już oddawna zamierzał ucieczkę i omawiał jej plan z jednym z chorych. Podczas pobytu w Warszawie powiedział matce, że spotkał na ulicy żołnierza, który był przedtem pielęgniarzem w Kocborowie, że obiecał odwiedzić go w koszarach. Po powrocie do Warszawy matka dowiedziała się, że cała historja ze spotkanym znajomym żołnierzem była zmyślona. W wywiadach była również wzmianka o tem, że chory od dzieciństwa miał skłonność do opowiadania niestworzonych historyj.

Lubił opowiadać różne zdarzenia, w których rzekomo odgrywał jakąś nadzwyczajną rolę. Już będąc w Kocborowie opowiadał, że w 1915 r. zbiegł ze szkoły angielskiej razem z dwoma kolegami na wojnę, przeszedł granicę Szwajcarji i Austrji. W Insbruku przyjęto go do pułku gwardji. Po kilku miesiącach już był na froncie, mając 9 lat, uratował podczas bitwy jednego ciężko rannego pułkownika, wyciągnął go z linji bojowej, narażając się sam na wielkie niebezpieczeństwo, za odwagę dostał order.

Następnie dostał się do niewoli włoskiej, był w Medjolanie i t. d. i t. d.

W 1916 r. przywieźli go do Szwajcarji, w której podówczas mieszkali jego rodzice. Opowiadał również o tem, że brał udział w wojnie z bolszewikami i nawet był ranny w lewą nogę, Okazało się, że wszystko to było kłamstwem, do którego w końcu przyznał się sam pacjent po dwuletnim pobycie w Kocborowie.

Pozostając w zakładzie, zawiadomił pewnego razu matkę, że pewna znajoma jej odwiedziła go przejazdem do Paryża i dlatego przerwała swoją podróż na 24 godziny. Wszystko to okazało się również zmyśleniem.

Gdy matka poźniej zapytywała go, dlaczego kłamał, narazie odpowiedział, że wszystko to jest prawdą, następnie znacznie później przyznał się do tego kłamstwa, które popełnił dlatego, bo lubi sensacje.

Badanie psychiki za pomocą eksperymentalno-psychologicznych metod dało następujące wyniki.

Badanie uwagi metodą korekty wykazało obniżenie uwagi, mianowicie po przejrzeniu 1150 liter w celu przekreślenia tej samej litery, opuścił ją 6 razy.

Wzrokowa zdolność zapamiętywania, badana według metody *Bernsteina* okazała się nieco upośledzoną.

Słuchowa zdolność zapamiętywania też nieco upośledzona — z 10 powiedzianych mu wyrazów mógł powtórzyć tylko 5.

Przy badaniu określenia ciężaru, które odbywało się w ten

sposób, że pacjent przy zamkniętych oczach trzymał na jednej ręce ciężarek pewnej wagi, zaś na drugą powoli sypano piasek, dopóki pacjent nie powiedział „dość", okazało się, że mając ciężarek 5 gramowy przyjmował tę wagę za 2,27 gr., 10,0 gr. za 19,0 gr. i t. d. Badanie zasobu szkolnych wiadomości wykazało, że odpowiadają one w zupełności temu wykształceniu, które pacjent otrzymał. Podczas badania inteligencji za pomocą pokazywania obrazków, zawierających szereg niedorzeczności, zauważył tylko to, że obok owocu gruszki na kasztanie rosną jeszcze jakieś kwiaty, niepodobne ani do kwiatów gruszy, ani kasztanu.

Przy badaniu zdolności samodzielnego myślenia na zapytanie, jaka jest różnica między szczęściem a przyjemnością, odparł, że jeżeli człowiekowi coś się uda, to będzie szczęście, a jakaś niespodzianka przyjemnością. Na zapytanie, co jest sprawiedliwością odpowiedział: „jeżeli komu krzywda się dzieje, to wtedy go sądzą i dają mu wyrok", państwo określił jako „zrzeszenie ludzi, którzy pracują dla siebie i dla wszystkich". Rymy dobiera w następujący sposób: książka, matka, dudka.

Z badań kojarzeniowych wynika: czas reakcji trwał przeciętnie 2, 2, przy niektórych wyrazach, jak nprz. ustawa, kradzież, zgwałcenie, można było stwierdzić znaczne wydłużenie czasu reakcji (do 6—10 sek). połączone ze zmieszaniem, ciężkim wdechem i bezradnemi ruchami. Większość kojarzeń miała charakter wewnętrznych, jednak stosunkowo znaczną liczbę stanowiły kojarzenia dźwiękowe, w 2-ch przypadkach stwierdzono powtarzanie słowa — podniety, w jednym — reakcją w postaci słów „nie znam" (na podnietę „kiepski"); w kilku przypadkach objawy perseweracji.

Co się tyczy stanu sfery etycznej trzeba zaznaczyć, że pacjent nie jest pozbawiony zdolności odróżniania rzeczy dobrych od złych, zastosowana metoda *Fernald—Jacobsohn'a* (Eine Methode zur Prüfung der moralischen Kritikfähigkeit) potwierdziła to w zupełności; nie brak mu również uczucia skruchy lub żalu po dokonaniu jakiegoś zdrożnego czynu, natomiast chory przyznaje się, że trudno mu walczyć z pokusą, która często odnosi nad nim zwycięstwo. Jest czuły dla krewnych, szczególniej dla matki i siostry, które swojemi odwiedzinami sprawiają mu widoczną wielką przyjemność.

Równocześnie jest ambitny, bardzo drażliwy, reaguje wybuchowo na najmniejsze głupstwo.

Nie zastanawia się wcale nad swojemi słowami i czasem znieważa nawet czynnie przeciwnika.

W rozmowie, a nierzadko i w piśmie, górnolotnym, podniosłym

stylem opowiada o swojej miłości do ojczyzny, snuje nieokreślone bliżej plany co do swojej przyszłości, gdy będzie mógł służyć krajowi w zaszczytny sposób.

Co do religijnych uczuć, pacjent przez dłuższy czas udawał ateusza, traktował pogardliwie wszelkie praktyki i uroczystości religijne, natomiast w ostatnim czasie zmienił się pod tym względem, modli się codzień, prosząc ciągle Boga, aby go nie kusił,—znajduje w tych modlitwach pewne zadowolenie.

Analizując przypadek ten, musimy przyznać, że rozpoznanie w danym razie nie przedstawia większych trudności. W budowie ciała uderza szereg wybitnych objawów, charakterystycznych dla gigantyzmu: nadzwyczaj wysoki wzrost, przekraczający zwykłą przeciętną miarę, długie ręce i nogi, dysproporcja dolnych kończyn w stosunku do tułowia.

Oprócz tego zwracają na siebie uwagę mocno rozwinięte i wystające łuki nadbrewne, dość silnie rozwinięta dolna szczęka, zgrubienie skóry w okolicy podbródka. Objawy te, jak również stwierdzone przez badanie roentgenologiczne zgrubienie kości czaszkowych, rozszerzenie sinus sphenoidalis, obecność egzostoz w kościach czaszki i kończyn, prognatyzm—dają nam prawo rozpoznać objawy choroby *P. Mariego* w postaci akromegalia incipiens.

Niewątpliwie, że bardzo skąpe owłosienie twarzy, nieznaczne owłosienie pod pachami, nadmierny rozwój tłuszczu w okolicy miednicy, duże wymiary miednicy, nadzwyczajna długość dolnych kończyn, kobiecy typ owłosienia w okolicy mons Veneris, przypominają nam typ wysokich kastratów, t. zw. „Eunuchoider Hochwuchs".

Kretschmer, opisując typ eunuchoidalnego gigantyzmu (grupę, należącą do tak zwanych „swoistych typów dysplastycznych") podkreśla, że typową cechą dla tej odmiany konstytucyjnej jest właśnie przewaga wymiaru obwodu miednicy nad wydechowem minimum obwodu klatki piersiowej; cecha ta w naszym przypadku jest bardzo wyraźna (97 : 92); na typ ten wskazuje również i jednakowy wymiar szerokości barków i miednicy.

Zaznajamiając się z piśmiennictwem, dotyczącem psychiki olbrzymów, widzimy, że można ją scharakteryzować w kilku wyrazach. Przypuszczam, że wszyscy autorzy, których nazwiska tu wymieniam: *Brissaud, Pierre-Marie, Meige, Launois i Rois, Laignel-Lavastine, Lemos, Régis, Frankl—Hochwart. Redlich, Anton*) mogliby przyznać zgodnie, że kardynalną cechą psychiki gigantyzmu jest infantylizm. *Lemos* charakteryzuje psychiczny stan olbrzymów w następujących słowach: „olbrzymi są poprostu dużemi dziećmi".

Prócz tej typowej cechy niektórzy badacze wymieniają i inne osobliwości psychiki olbrzymów. *Lannois* et *Rois* zaznaczają, że „w gigantyzmie znajdujemy zwykle smutek, przygnębienie melancholiczne, torpor psychiczny". W polskiej literaturze ten sam przedmiot poruszał *Sterling*, który przedstawił w 1913 r. w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem przypadek, w którym chodziło o kombinację gigantyzmu z idjotyzmem u 5-cioletniego dziecka.

Opisując psychiczny stan tego dziecka, autor charakteryzuje go w następujący sposób: „Całe życie psychiczne sprowadza się do wzmiankowanych ruchów automatycznych, do płaczu pod wpływem głodu i silniejszych podniet bólowych. Podobno poznaje wzrokiem matkę i najbliższe otoczenie. Nie mówi dotychczas ani jednego wyrazu. Płacz ma charakter zupełnie bezmyślny. Od czasu do czasu uśmiecha się głupkowato. Mocz i kał oddaje pod siebie". Prócz tego przypadku ten sam autor w swej pracy "Studja kliniczne nad enuchoidyzmem" opisał drugi przypadek, tyczący się mężczyzny 45-cioletniego z wybitnemi objawami eunuchoidyzmu i znamionami częściowej olbrzymiości. Psychiczne zaburzenia tego chorego przedstawiały się następująco: „Jest to typ głuptaka, który doskonale daje sobie radę i doskonale dopasowuje się do życia",

Po wymienieniu cech głuptaka, autor dodaje: „W zachowaniu się chorego uderza dość znaczny stopień podniecenia psychomotorycznego, które graniczy z hypomanjakalnem, oraz odcień klownizmu (groteskowy taniec w sali szpitalnej)".

Wracając do naszego pacjenta, możemy podkreślić następujące cechy jego psychiki: stałe i całkowite zachowanie świadomości, doskonała orjentacji a co do własnej sytuacji, miejsca, czasu i otoczenia, brak omamów i urojeń, upośledzona uwaga, nieco osłabione zapamiętywanie, patologiczny typ kojarzeń (dość znaczna ilość dźwiękowych asocjacyj, perseweracja, powtarzanie wyrazu podniety), infantylny typ samodzielnego myślenia, dziecinny śmiech, dziecinny charakter radości, np. przy niespodzianem spotkaniu z matką, biegnie do niej i krzyczy wesoło, zupełnie jak dzieciak; wybuchowy charakter wzruszeniowych reakcyj, nierzadko odznaczających się gwałtownością.

Wszystkie powyższe cechy charakteryzują psychikę o zabarwieniu infantylnem. Jednakowoż podobne określenie jeszcze nie wyczerpuje całej psychiki pacjenta. Niezmiernie rozwinięta skłonność do kłamstwa, nadmierna ambicja i samochwalstwo, pociąg do zawierania stosunków z mętami społecznemi, łatwa uległość złym wpływom, popełnianie kradzieży u swych krewnych, nareszcie przyjmowanie udziału w gwał-

ceniu dziewcząt, — to wszystko wskazuje na zaburzenia w sferze woli i uczuć etycznych, które psychjatrzy tradycyjnie jeszcze dotychczas określają nazwą „Moral insanity". Nie mając zamiaru zajmować się specjalnie tą kwestję (swój pogląd wyraziłem w innej pracy, dotyczącej nieprawidłowego używania tego terminu), muszę podkreślić i w danym przypadku, że zmiany w sferze etycznej stoją bezwątpienia w bezpośrednim związku z upośledzeniem inteligencji pacjenta.

Niepohamowana skłonność do kłamstwa, t. zw. pseudologia phantastica, wynika z chęci zaimponowania otoczeniu tak, aby podziwiało czyny i arystokratyczne pochodzenie chorego.

Chęć tę pacjent zdradza przy każdej sposobności, nie uwzględniając tego, że zawsze może wywołać w słuchaczach wątpliwość co do wiarogodności jego opowiadań i prędzej może się ośmieszyć, niżwywyższyć wobec otoczenia. Jeszcze 2 tygodnie temu twierdził, że w 1913 r. był z ojcem w półn. Ameryce, widział wodospad Niagary, stał tak blisko, że musiał włożyć gumowe palto i to go nie ochroniło od wody, oblewającej go zewsząd z siłą i hukiem i t. d. Oczywiście i ta wycieczka do półn. Ameryki była tak samo zmyślona, jak wyżej podane opowiadanie o udziale w wojnie światowej i bohaterskiem uratowaniu austrjackiego pułkownika. Podobnie fanstatyczne opowiadania o sobie i swoich śmiałych czynach jest objawem egocentryzmu z wyraźnem upośledzeniem samokrytycyzmu.

Te klinicznie spostrzeżone objawy psychiczne pacjenta wskazują niewątpliwie na osłabienie inteligencji i potwierdzają rezultaty badań eksperymentalno-psychologicznych. Metoda *Binet-Simon'a* wykazała, że rozwój intellektu pacjenta stoi mniej więcej na poziomie inteligencji 11-letniego dziecka.

Z powyższej analizy możemy wnioskować: chory jest olbrzymem z objawami rozpoczynającej się akromegalji, o typie, mającym najwięcej podobieństwa do gigantyzmu eunuchoidalnego. Psychiczne zaburzenia naszego olbrzyma należą do kategorji oligofrenicznych z objawami infantylizmu. Oligofrenji tej towarzyszy wyraźne zaburzenie w sferze etycznej (t. zw. Moral insanity).

Co do patogenezy przedstawionego wypadku, to już same wywiady (nieprawidłowości, zahamowany rozwój genitaliów w dzieciństwie, nadmiernie szybki wzrost od 8-go roku życia, zwracają na siebie uwagę i dają prawo podejrzewać zaburzenia w działalności gruczołów dokrewnych.

Stwierdzenie objawu mikrothyrii, osłabionej działalności funkcyj płciowych (rzadkie erekcje i polucje), jak również brak lubieżnych snów; słaby pociąg do kobiet, skąpe owłosienie, gigantyczny wzrost,

wszystkie te cechy nasza teraźniejsza wiedza o zaburzeniach funkcyj gruczołów dokrewnych pozwala nam scharakteryzować jako splot typowych objawów przy upośledzeniu gland. thyreoideae gl. pituitariae i gl. sexualis. Który gruczoł uległ największym zmianom i co jest w danym przypadku primum movens, nie tak łatwo zgadnąć! Objawy niedorozwoju tarczycy i genitaliów były zauważone przez lekarza w Szwajcarji w 1919 r., kiedy pacjent miał 13 lat. Według danych współczesnej endokrynologji, stosunek między dotkniętemi w tym wypadku gruczołami przedstawiamy sobie w sposób następujący.

Z wywiadów widać, że pierwszym uderzającym objawem był nadmiernie szybki wzrost pacjenta, spostrzeżony między 8 i 9 rokiem życia.

Następnie — gdy pacjent miał 13 lat, lekarz zwrócił uwagę na niedorozwój narządów płciowych, zwłaszcza jąder, i tarczycy.

Najpierw zatem przejawiła się chorobowa działalność przysadki, która zawiera bodziec hormoson, (podług terminologji *Gley'a*), wpływający na rozwój szkieletu.

Wobec antagonizmu, istniejącego między przysadką a gruczołami płciowemi, dysfunkcja przysadki mózgowej wywołała zahamowanie rozwoju jąder.

Co się tyczy tarczycy, to stan jej hypoplazji mógł nastąpić na skutek porażenia przysadki mózgowej, chociaż uie można wykluczyć zależności tego stanu gruczołu tarczowego od dysfunkcji innych gruczołów, nie tylko płciowych, ale i trzustki, o stanie, w której brak nam potrzebnych danych. Podobna koncepcja ma charakter próby tłumaczenia na podstawie danych anamnestycznych i klinicznych; ścisłe rozwiązanie takich endokrynologicznych zagadnień na razie nie jest jeszcze możliwe,

Możemy stanowczo twierdzić, że patogeneza tego zespołu polega na wielogruczołowem zaburzeniu czynności, przyczem gigantyczny wzrost i objawy akromegalji, jak to udowadniają klinika, patologiczna anatomja i eksperyment psychologiczny, są skutkiem nadmiernej czynności przedniej części przysadki (zwykle bywa tu nowotwór złośliwy lub dobrotliwy pod postacią adenomatu). Objawy eunuchoidalne występują wskutek zaburzeń gruczołów płciowych (opisywano przypadki eunuchoidyzmu i przy nieźle morfologicznie rozwiniętych gruczołach (np. przypadek Rebattu).

Nie należy jednak zapominać, że nieprawidłowe owłosienie bywa również skutkiem zaburzeń czynności tarczycy i że mikrothyria w naszym przypadku może usprawiedliwiać takie przypuszcze-

nie tembardziej, ponieważ silny rozwój gruczołów rozrodczych świadczy raczej przeciw pierwszemu przypuszczeniu. Mimo to pewne objawy niedomogi gruczołów płciowych stwierdzamy i w naszym przypadku — bardzo rzadkie polucje, brak erekcji, wskazują wyraźnie, że mamy do czynienia z objawami hyposeksualizmu właśnie w okresie, w którym objawy dojrzewania płciowego powinny dochodzić do szczytu.

Jednem słowem czynnościowe zaburzenia gruczołów seksualnych w naszym przypadku są wyraźne i dysfunkcja tych organów stoi w nierozerwalnym związku z objawami hyposeksualnego całokształtu naszego pacjenta.

Przy rozwiązywaniu zagadnienia, co jest właściwie pierwotną przyczyną zaburzeń w naszym przypadku zachorzenia wielogruczołowego, nie możemy pominąć jeszcze jednego czynnika, który nie jest bez znaczenia.

Z wywiadów wynika, że ojciec pacjenta jest człowiekiem również bardzo wysokiego wzrostu — 1,81 m., że dziad był jeszcze wyższy, matka również odznacza się wysokim, jak na kobietę, wzrostem 1,67 m,, siostra jeszcze wyższa — 1.74 m.

Jaskrawe anomalje fizycznej budowy ciała — asymetrja czaszki i tułowia, skrzywienie i wygięcie kręgosłupa wtył, nieprawidłowe ząbkowanie i uzębienie,—wskazują na wrodzoną, ogólnie anormalną konstytucję, pozwalającą przypuszczać, iż i narządy wewnątrz—wydzielnicze również uległy anomaljom.

Dziedziczne obarczenie szczególnie ze strony rodziny ojca i samego chorego przygotowało odpowiednie podłoże, na którem rozwinęły się skonstatowane nieprawidłości rozwoju fizycznego i psychicznego.

Jednakowoż moment dziedziczny możemy uważać tylko za czynnik o charakterze utajonym. Pomijając dyspozycją, w przypadkach takich odgrywa często bardzo ważną rolę momentu wywołującego jakieś zakażenie lub zatrucie.

Z anamnezy widzimy. że właśnie nasz pacjent w 8 roku życie przebył cieżką postać płonicy, po której przez trzy miesiące ogłuchł na oba uszy. Zauważono, że chłopak po przebytej płonicy zaczął bardzo szybko rosnąć—i jest możliwe, że w ciężko zakażonym ustroju jednym z najsłabszych gruczołów okazała się przysadka. Co do związku między zaburzeniem pewnego gruczołu a odpowiadającemi mu zmianami psychiki, ta kwestja jeszcze dotychczas nie jest wytłumaczona.

Uzasadnienie twierdzenia, że pewna psychoza jest skutkiem zaburzenia pewnego szeregu gruczołów dokrewnych, jest jeszcze bardzo utrudnione z powodu braków w naszej wiedzy endokryno-

logicznej. Z pewnością możemy twierdzić na podstawie klinicznych spostrzeżeń tylko to, że niedomodze pewnego gruczołu lub kombinacji gruczołów towarzyszy pewien kliniczny zespół (łącznie ze stanem psychicznym); 2) że zaburzenia funkcji pewnych gruczołów pociągają za sobą wyraźne zmiany w mózgu, ewentualnie w psychice. Do takich gruczołów należy tarczyca, której usunięcie zatrzymuje ogólny rozwój fizyczny, zawsze i niezawodnie wywołuje wybitne zahamowanie rozwoju mózgu, daje obraz kretynizmu jako bezpośredni skutek usunięcia gruczołu tarczowego.

Niektórzy psychjatrzy przychodzą do następujących wniosków: nprz: *Rosenfeld*, kierownik katedry psychjatrycznej w Rostoku w „Klinisches Lehrbuch der Inkretologie und Inkretotherapie 1927 r." twierdzi stanowczo, że rozmaite psychozy, jako to manjakalno-depresyjna, symptomatyczne i intoksykacyjne, schizofrenja i inne nie zależą od zaburzeń gruczołów dokrewnych. *Sterling*, omawiając tę samą kwestję zachowuje pewną rezerwą:

„Przy wyprowadzaniu wniosków z przytoczonego materjału należy z jednej strony kierować się jaknajdalej posuniętą ostrożnością w ocenie zależności przyczynowej anomalji psychicznych od dysfunkcji gruczołów dokrewnych, z drugiej strony jednakże oceniać bez krańcowej negacji pokrewieństwo kliniczne, które sprzęga ze sobą dwie dziedziny w wielu przypadkach w sposób niewątpliwy".

Uważam, że pogląd taki zasługuje przy obecnym stanie rzeczy na całkowite uznanie i odpowiada więcej rzeczywistości, niż zupełnie negatywny stosunek prof. *Rosenfelda* w tej kwestji. Mimo to myślimy, że zdobycze naukowe co do czynności takich gruczołów jak rozrodcze i tarczyca, a szczególnie wprost zdumiewające wyniki leczenia za pomocą wyciągów z wymienionych gruczołów lub ich transplantacji mogą służyć rękojmią, że usiłowania wyświetlenia interesujących w tej dziedzinle zagadnień nie pozostaną bezowocnemi i nadal. Endokrynologja wraz z nauką o korelacji biologicznej między całokształtem ustroju fizycznego, a psychiką otwiera nam szerokie widnokręgi na tryumfujący rozwój neuropatologji i psychjatrji.

Nie mamy wątpliwości, że psychjatrzy, pracując w tym kierunku, znajdą się na czele badaczy endokrynologicznych.

Na zakończenie składam serdeczne podziękowanie Szan. Panu Kierownikowi Zakładu Radjologji profesorowi Uniwersytetu poznańskiego *Meyerowi* za uprzejme zbadanie i objaśnienie przezroczy naszego przypadku. Również miło mi podziękować Sz. p. dr-wi *A. Kalacińskiemu*, asystentowi Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego za przeprowadzone badanie krwi.

RÉSUMÉ.

B. Svetloff. **Les troubles psychiques dans le gigantisme.**

Il s'agit d'un malade de 21 ans, dont la famille est généralement de grande taille. Le pére est un psychopate. Ä l'âge de 8 ans le sujet fut atteint d'une fièvre scarlatine. Quelques mois après il commença à grandir notablement. A présent le sujet est haut de 2 m. 2; son poids 73 k. Les résultats d'examen d'après la mêthode de Kretschmer permettent d'affirmer que la constitution somatique de ce malade doit être considérée comme dysplastique (gigantisme eunuchoïde). En outre, on observe chez lui les symptômes acromégaliques et hypothyroïdie. Examen radiographique: selle turcique agrandie, hypérostose cranienne, les cartilages épiphysaires ne sont pas encore soudés. Etat mental: infantilisme psychique, mégalomanie, mythomanie, irritabilité, conduite antisociale. L'auteur, montrant toutes les dificultés du problème des relations des sécrétions internes avec les symptômes psychiques, admet que les altérations physiques et mentales dépendent dans son cas des troubles pluriglandulaires (la thyroïde, l'hypophyse et les glandes génitales).

Piśmiennictwo.

1. *Frankl - Hochwart.* Ueber den Einfluss der inneren Secretion auf die Psyche. Medizinische Klinik 1912.

2. *Sterling Wł.* Przypadek idjotyzmu i olbrzymiości u dziecka. Neurologia Polska. 1913.

3. *Sterling Wł.* Studja kliniczne nad t. zw. Eunochoidyzmem oraz pokrewnemi typami. Neurologja Polska 1913.

4. *Rebattu J. i Garnier Z.* Gigantisme eunuchoïde. Nr. 4 1913. Nouv. Jcon. de là Salpetr. Ref. Jahreshes. Neur. u. Psych. über das Jahr 1913.

5. *Anton G.* Kindlicher Riesenwuchs mit vorzeitiger Geschlechtsreife und familiärer Riesenwuchs mit und ohne Vegrösserung d. Türkensatte B. 38 Monatschrift für Psych. u. Neurol. 1916,

6. *Peritz G.* Akromegalie und Gigantismus. Jahresber. über die Leistungen und Forschritte auf dem Gebiete der Neurol u. Psych. 1919.

7. *Camus Jean et Rossy Gustave.* Les syndromes hypophysaires. Anatomie et physiologie pathologiques. Revue Neurologique 1922. Nr. 6.

8. *Froment M. J.* Les syndromes hypophysąires. Clinique et therapentique. Revue Neurol. Nr. 6 1922.

9. *C. J. Parhon et M-me Marie Briesse.* Quelques observations sur les altérations hypophysaires chez les aliénés. Revue Neurol. 1922. Nr. 6.

10. *Catola M. G.* Un cas d'Acromégalo — gigantisme. Revue Neurol 1922. Nr. 6.

11. *M. Belarmino Rodriguer.* Un cas de gigantisme acromégalique. Revue Neurol. 1922. Nr. 6.

12. *Beck A.* Podręcznik fizjologji. 1924.

13. *Rosenthael Curt.* Beitrag zur klinischen Erforschung fin Fall von Riesenwuchs und seine Sippschaftstafel. Zeitschr-für die gesamte Neurol. und. Psych. B. 97, H. 5 1925.

14. *Zieliński M.* Konstytucjonalizm w psychologji współczesnej a nauka o związku budowy ciała z charakterem. Pamiętnik szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych „Kochanówka" 1925.

15. *Sterling Wł.* Gruczoły dokrewne i zaburzenia psychiczne. Rocznik psychjatryczny 1925.

16. *Herzig E.* Zus Psychopathologie der Willensdefekte Geisterkranker und der sogenaunten Moral insanity. Zeitschr. f. d. gesamte Neur u nef Psych. B. 96. 1925.

17. *Orłowski W.* Choroby gruczołów dokrewnych. Kraków 1926.

18. *Kretschmer.* Körperbau und Charakter. 1926.

19. *Craig Maurice i Beaton Thomas.* Psychological Medicine 1926.

20. *Rosenfeld.* Klinisches Lehrbuch der Inkretologie und Inkretotherapie. 1927. London.

Z Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej Uniwersytetu Poznańskiego.

(Dyrektor: prof. dr. Stefan Borowiecki).

O ZESPOŁACH ODCZYNÓW PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO W CHOROBACH NERWOWYCH I UMYSŁOWYCH I ICH ZNACZENIU ROZPOZNAWCZEM.

podał

JÓZEF MEDEM.

WSTĘP.

Znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Badania płynu m.-rdz. doznało w ostatnim czasie tak znacznego rozwoju i rozpowszechnienia, że w chwili obecnej wartość jego dla rozpoznania chorób nerwowych i umysłowych przez nikogo już nie jest kwestjonowana. Tyczy się to nietylko schorzeń kiłowych, gdzie badanie płynu prawie nigdy nie zawodzi, lecz również innych schorzeń nerwowych i umysłowych. Zaznaczę chociażby tylko fakt, że prawie w $60^6/_9$ przypadków każdego schorzenia organicznego ośrodkowego układu nerwowego można stwierdzić w płynie zmiany, pozwalające je z pewnością odróżnić od nerwic i psychoz „funkcjonalnych" (t. j. schizofrenji i psychozy man.-depr.). Już same wskazania do nakłucia lędzwiowego w celu rozpoznawczym, jakie stawia obecnie większość autorów zagranicznych, zwłaszcza *Lange*, *Letulle*, *Ravaut* i *Sezary*, świadczą o wielkiem znaczeniu tych badań. Wskazania te istnieją:

1) przy każdem podejrzeniu na sprawę oponową,

2) prawie w każdym innym przypadku schorzenia ośr. ukł. nerw. zwłaszcza w razie podejrzenia o kiłę;

3) przy każdej psychozie organicznej (za wyjątkiem ew. stwierdzonego z pewnością otępienia starczego), zwłaszcza w razie możliwości jej pochodzenia kiłowego,

4) przy kile bez objawów nerwowych po skończonem lecze-

niu (zwykle w czwartym roku po zakażeniu) i następnie po skończonej obserwacji (w dziesiątym roku po zakażeniu),

5) we wszystkich endogennych zatruciach znacznego stopnia, więc: uremji, acetonemji i eklampsji, zwłaszcza w razie niebezpieczeństwa stanu komatycznego.

Rozumie się samo przez się, że we wszystkich wymienionych schorzeniach istnieje wskazanie do nakłuć powtórnych, dla stwierdzenia zmian, które mogły nastąpić po leczeniu, przeprowadzonem po nakłuciu pierwszem.

W praktyce jednak niestety badań tych często jeszcze się zaniedbywa, również i u nas w Polsce, a to z powodów następujących: z jednej strony z powodu domniemanych trudności nastręczających się przy dokładnem wykonywaniu tych badań, z drugiej strony z powodu pewnego zniechęcenia do nich, pochodzącego stąd, że większość odczynów płynu m.-rdz., które niedawno jeszcze uważano za swoiste dla pewnego schorzenia, ostatecznie zawiodła, t. j. okazało się, że odczyny te występowały i w innych chorobach lub niezawsze występowały przy danem schorzeniu, dla którego miały być swoiste.

To też, omawiając wyniki badań płynu m.-rdz., wykonanych w pracowni Kliniki Neurologiczno - Psychjatrycznej Uniwersytetu Poznańskiego za czas od 1.XI. 1924 do 31. XII. 1926 t. j. w ciągu przeszło dwuch lat, postaram się wykazać przedewszystkiem:

1) że w warunkach stosunkowo skromnych można otrzymać wyniki ścisłe, a przynajmniej identyczne z wynikami poważniejszych badaczy zagranicznych, jak *Nonne' Kafka, Esskuchen, Fontecilla, Mestrezat* i otrzymanemi na kilkotysięcznym materjale; wyniki, pozwalające na dosyć pewną djagnostykę schorzeń nerwowych i umysłowych,

2) że djagnostyka ta musi być oparta nie na wynikach poszczególnych odczynów, jak uważano jeszcze niedawno, lecz zawsze na całym obrazie, t. j. na zespole wszystkich objawów w danym płynie m.-rdz.

Materjał.

W wyżej wymienionym okresie czasu, t. j. w ciągu przeszło dwu lat, wykonano w pracowni naszej 476 badań, z których 306 przypada na przypadki neurologiczne, a 170 na przypadki psychjatryczne. Co do ilości badań, przypadających na poszczególne schorzenia, to ich ilość największa dotyczy różnych postaci kiły ośrodkowego układu

nerwowego, przedewszystkiem porażenia postępującego (przeszło 70). Pozatem większą ilość badań wykonano przy: stwardnieniu wieloogniskowem, różnych rodzajach zapaleń opon, miażdżycy mózgu, schorzeniach pourazowych ośr. ukł. nerw., stanie po zapaleniu mózgu, padaczce i przewlekłym alkoholizmie. Z pozostałych schorzeń organicznych nerwowych i umysłowych mamy tylko po kilka do kilkunastu przypadków każdego.

Badania, które wykonywaliśmy, są wyliczone na wzorze arkusza, którego używamy do zapisywania wyników w każdym przypadku (Tabl. 1).

Wyniki, które otrzymaliśmy przy poszczególnych schorzeniach podane są na tablicach 5 — 10, przyczem cyfry w nawiasach oznaczają częstość danego wyniku w procentach.

ROZDZIAŁ I.

Ogólna symptomatologja płynu mózgowo-rdzeniowego.

Podstawy nowoczesnej djagnostyki płynu m.-rdz.

Nieraz już dla samego wskazania kierunku badania płynu potrzebna jest znajomość patogenezy poszczególnych objawów, lecz jeszcze bardziej staje się ona potrzebną, kiedy mamy ocenić zmiany, stwierdzone w płynie i na zasadzie tych zmian postawić rozpoznanie choroby układu nerwowego, która je wywołałe, Dawniej badacze czynili to na podstawie danych statystycznych, wiedząc, które objawy najczęściej występują przy jednem schorzeniu, a które przy innem. Djagnostyka tego rodzaju prowadzić może jednak często do błędnych wyników, wobec czego, badacze nowocześni opierają djagnostykę płynu m.-rdz. raczej na znajomości patogenezy objawów i ich zespołów w płynie, analogicznie do nowoczesnej djagnostyki zmian w moczu.

Zasady Langego.

Początki tych nowszych zapatrywań spotykamy u *Mestrezat'a* w jego dziele „Le liquide céphalo-rachidien normale et pathologique", a w formie najwyraźniejszej ujął djagnostykę płynu z tego punktu widzenia *Lange* w swem dziele „Lumbalpunktion und Liquordiagnostik".

Zasady *Langego* opierają się przedewszystkiem na trzech założeniach:

1) na wybieraniu z ogromnej ilości obecnie istniejących metod badania płynu m.-rdz. tych tylko, zapomocą których można wy-

TABLICA 1.

Wzór do zapisywania wyniku nakłucia lędźwiowego i badania płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi.

Imię i nazwisko: ....

Nakłucie lędźwiowe dnia: ....

Płyn wydziela się: ....

Ciśnienie: .... mm H_2O, końcowe .... mm H_2O

Wzięto krew do Wassermanna: ....

Wynik badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

Płyn:

Wygląd .... po wirowaniu ....
Ilość ciałek w 1 mm³: ....
Osad ....
Ilość białka .... Bakterje: ....
Ilość globulin: ....
Współczynnik białkowy: ....
Nonne: I. ....
Weichbrodt: ....
Pandy: ....
Targowla: ....
Braun-Hussler: ....
Odczyn na krew: ....

Odczyn benzoesowy

0
1
2
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 K

Odczyn złotowy

cz.
l.
n.
b.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Odczyn mastyksowy

Zmętnienie: I II III IV V VI
Strącenie: VII VIII IX X XI XII
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Przepuszczalność opon: ....
Ilość chlorków: .... Odczyn Weila-Kafki: ....
Ilość cukru: ....
Odczyn Wa.: 1,0
0,5
0,4
0,3 Odczyn autohemolityczny: ....
0,2
0,1

Krew.

Odczyn Sachs-Georgi: 0,5 Wskaźnik peptolityczny: ....
(Meinicke) 0,25
0,1

Odczyn W.: ....
Odczyn Sachs-Georgi: ....
(Meinicke)

Rozpoznanie:

Wniosek:

kazać pewną nową cechę zmian w płynie, które więc nie potwierdzają jedynie tego, co wykazano już zapomocą innego badania,

2) na dążeniu do wytłumaczenia każdego objawu na podstawie fizjologji patologicznej, t. j. z punktu widzenia patogenetycznego, a nie zaprzestaniu więc na wyłącznie statystycznem stwierdzeniu jego częstości przy różnych schorzeniach,

3) na utworzeniu z tych objawów pewnych zespołów, będących równoważnikami procesów patologicznych w tkankach stykających się z płynem, więc główuie w oponach i splotach naczyniastych, na podstawie których możnaby postawić zupełnie niezależne od obrazu klinicznego rozpoznanie laboratoryjne.

Mimo, że wymienione zasady ogólne powinny być niewątpliwie podstawą nowoczesnej djagnostyki płynu, nie mogłem zastosować bez zastrzeżeń całokształtu planu badania i djagnostyki, podanego przez *Langego*, gdyż, zdaniem naszem, traktuje on sprawę tę zbyt teoretycznie i skrajnie, odrzucając naprzykład szereg badań bezwzględnie cennych: jak liczenie ciałek w komorze, odczyny globulinowe, odczyn Wassermana w płynie, odczyn benzoesowy i t. d., a opierając całą swą djagnostykę prawie wyłącznie na 3 — 4 badaniach. Przeciwko stanowisku *Langego* przemawia według mnie kilka faktów:

1) Wykonując kilka odczynów, wskazujących na jedną i tę samą cechę, uzyskujemy większą pewność przy ocenie tej cechy.

2) Wszystkie objawy, wywołane przez pewną zmianę chorobową, nie zawsze spotyka sią jednocześnie, w jednym przypadku występuje ten objaw, w drugim inny, n. p.: wzmożona przepuszczalność opon przy zapaleniach opon uwydatnia się przedewszystkiem obniżeniem chlorków, a przy zastoinach—ksantochromją, przyczem obniżenie chlorków może być minimalne, lub nawet może nie mieć miejsca.

3) *Lange* nie bierze pod uwagę znaczenia niektórych objawów, nie uwzględnia n. p., jakie znaczenie ma nieraz najlżejsze wzmożenie ilości ciałek (od 3 — 6), które niemożliwe jest stwierdzić na preparacie z osadu, lub też pomija fakt, że odczyn *Weichbrodta* łącznie z odczynem ogólnoglobulinowym *Nonnego* może wskazać na stosunek poszczególnych globulin do siebie, wszystkie odczyny globulinowe traktuje on bowiem tylko z jednego punktu widzenia i dlatego nie przypisuje im żadnego znaczenia.

Poza wymienionemi zastrzeżeniami opierałem się jednak głównie ns zasadach *Langego*, starając się jedynie obrazy i zasady podane przez tego badacza rozszerzyć przez uwzględnienie doświadczenia innych autorów oraz własnych wyników.

1. *Płyn normalny.*

Jako punkt wyjścia opiszę śladem *Langego* i innych cechy i skład płynu normalnego, t. j. płynu m.-rdz. osobników, nie dotkniętych żadnemi schorzeniami organicznemi ośr. ukł. nerw. lub innemi chorobami, któreby mogły wpłynąć na skład i własności płynu.

Jako materjał z zakresu schorzeń nerwowych i umysłowych, przy których spotykamy płyn normalny, służą mi tu przedewszystkiem przypadki nerwic (histerji natręctw i t. d.) oraz psychoz „funkcjonalnych" (psychozy man.-depresyjnej i schizofrenji). Co do tej ostatniej (schizofrenji) należy jednak zrobić zastrzeżenie, a mianowicie, że ilość ciałek w płynie bywa nieraz w cierpieniu tem lekko wzmożona, do 5 w 1 cm, na co zwrócili uwagę autorowie francuscy. Pozatem zdarzały się w materjale tym przypadki schorzeń narządów wewnętrznych, okulistycznych i t. p. Oczywiście należy tu zrobić jeszcze następujące zastrzeżenie: a mianowicie płyn ten niezawsze bywa całkowicie normalny, gdyż czasem pacjent prócz nerwicy, względnie psychozy funkcjonalnej, ma nieznaczne zmiany organiczne ośr. ukł. nerw. wskutek sprawy chorobowej dodatkowo istniejącej lub niedawno przebytej, jak naprzykład miażdżyca mózgu w starszym wieku, przebyta kiła, przebyty uraz głowy, niedawno przebyta choroba infekcyjna, wada serca i t. d.; w przypadkach tych często płyn wykazuje zmiany nieznacznego stopnia, pomimo, że żadnych innych objawów organicznych ze strony ośr. ukł. nerw. stwierdzić nie można.

Normalne stosunki anatomiczne i fizjologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego.

Jak wiadomo, płyn mózgowo-rdzeniowy jest to ciecz, która znajduje się w przestrzeni między oponami miękkiemi: pia i arachnoidea, w t. zw. cavum subarachnoidale, wypełnia miejsca, w których mózg i rdzeń nie przylegają ściśle do otoczki kostnej, wysłanej oponą twardą. Ilość płynu wynosi u dorosłego człowieka w stanie normalnym 130 do 150 cm^3 i znajduje się, jak wspomnieliśmy na początku, pod ciśnieniem 80 do 150 mm wody (w pozycji leżącej), zależnem od ciśnienia w tętnicach i żyłach, działania splotów naczyniastych, jakoteż czynników chemicznych. W pozycji siedzącej dołącza się do tego jeszcze czynnik hydrostatyczny, tak że w pozycji tej ciśnienie, ujemne w jamie czaszki i równe = 0 w otworze czaszkowym, dochodzi do liczb 200 do 350 mm, w okolicy lędźwio-

wej (miejscu nakłucia[1]). Pozatem ciśnienie waha się w zależności od tętna ruchów oddechowych, a zwłaszcza pod wpływem nagłych zmian ciśnienia w jamie piersiowej i brzusznej, jak zatrzymanie oddechu, krzyk, działanie tłoczni brzusznej i t. d. Również zastój żył mózgowych, n. p. przy ucisku na żyły szyjne, powoduje wzmożenie ciśnienia. Ostatnie zjawisko nosi nazwę objawu *Queckenstedt'a* występującego w stanie normalnym stale, i to w postaci podniesienia się ciśnienia o 100 do 150 mm wody.

Rzeczą ważną jest uprzytomnić sobie sytuację anatomiczną i fizjologiczną płynu mózgowo-rdzeniowego nieco dokładniej. Większość autorów uważa mianowicie obecnie, że płyn znajduje się w przestrzeni ze wszystkich stron ściśle zamkniętej i odgraniczonej przez opony miękkie i wyściółkę komór zarówno od krwi jak i od istoty nerwowej ośrodkowego układu nerwowego. Sploty naczyniaste dopuszczają jedynie stałe przesiąkanie składników plazmy krwi i przez to stałe choć bardzo powolne odtwarzanie się płynu, szpary zaś i drogi limfatyczne opon, głównie w odcinku kręgowym, umożliwiają stały odpływ płynu.

Z tych powodów uważają rolę płynu jako czysto mechaniczną, polegającą na ochronie ośr. ukł. nerw. od urazów oraz na umożliwieniu tętnienia mózgu. To ostatnie odbywa się w ten sposób, że płyn podczas systolicznego rozszerzenia mózgu wpływa do kanału kręgowego, tworząc sobie miejsce przez wyciskanie krwi ze splotów żylnych tam się znajdujących, powraca natomiast podczas diastolicznego zmiejszenia się mózgu do jamy czaszki, wykonuje on zatem stale ruch rytmiczny, synchroniczny z tętnem. Wprawdzie inni autorzy uważają, że płyn posiada komunikację z istotą nerwową i wykonywa czynności odżywcze i wydzielnicze, sprawy te jednak nie są dostatecznie wyjaśnione i nie mogą być tutaj szerzej omawiane, zwłaszcza, że dotyczczas poglądy podobne nie posiadają większego znaczenia praktycznego. Dla zrozumienia objawów i ich zespołów należy pamiętać z omawianych tu stosunków anatomicznych i fizjologicznych przedewszystkiem trzy fakty:

1) płyn w stanie normalnym jest przez opony zupełnie odgraniczony od krwi, tak że żadnej znaczniejszej komunikacji między temi dwoma cieczami niema;

2) płyn wytwarza się w komorach dzięki działaniu splotów naczyniastych i przechodzi przez otwór Magendiego do przestrzeni

---

[1]) Cyfry powyższe odpowiadają: 5 — 10 mm Hg w pozycji leżącej, a 15 — 25 mm Hg w pozycji siedzącej.

podoponowej, skąd wreszcie przez szpary limfatyczne opon zostaje wchłonięty do naczyń limfatycznych i żył.

3) płyn wykonywa ruchy rytmiczne z jamy czaszkowej do kanału kręgowego i z powrotem, synchroniczne z tętnem, przyczem przyczynia się do uruchomienia krążenia żylnego w kanale kręgowym.

Własności i skład płynu normalnego.

Po omówieniu ilości płynu i jego sytuacji anatomicznej oraz roli fizjologicznej w stanie normalnym należy zkolei omówić jego własności fizyczne i chemiczne (Tabl. 2). Własności te potwierdzają poniekąd zapatrywania autorów o czysto mechanicznej jego roli w organizmie, płyn. m.-rdz. jest bowiem prawie jedyną cieczą organizmu, która co do swego składu mało się różni od czystej wody. Jest on zupełnie bezbarwny i przezroczysty, o ciężarze gatunkowym: 1,007 — 1,009 (*Lange, Fontecilla*), i zawiera 1% stałych składników (*Lange, Fontecilla*), z których około 0,75 przypada na chlorki. Liczby te, dające pewne wyobrażenie o własnościach płynu, nie mają jednak większego znaczenia diagnostycznego, dlatego też w statystyce mojej niżej podanej, prócz wymienionej cechy, zwróciłem uwagę tylko na inne cechy zasadnicze, w obrębie których najmniejsze odchylenia odgrywają rolę w stanach patologicznych. Za cechy te należy uważać: ilość i rodzaj komórek zawartych w płynie, ilość i jakość białka łącznie z wynikami odczynów koloidalnych, ilość chlorków i cukru, ewtl, ilość mocznika i azotanów, Jak widzimy na tablicy, liczenie elementów komórkowych wykazało ilość nieprzekraczającą 3 ciałek białych w 1 mm^3, przyczem jednak nigdy nie brakowało ich zupełnie. Wynik ten zbliża się bardzo do wyników autorów francuskich (*Mestrezat, Sicard, Fontecilla* i innych) używających, jak i my, komory *Nageotte'a*, oraz z autorów niemieckich do wyników: *Eskuchenna*. Wiekszość autorów niemieckich jednak (*Nonne, Kafka* i inni) podaje jako ilość normalną 5 ciałek lub nawet więcej w 1 mm^3, co przypisywać należy niedokładnościom techniki liczenia (używanie komory *Fuchsa-Rosenthala*). Ciałka w płynie normalnym składają się prawie wyłącznie z limfocytów, jednak przy bardzo dokładnem obliczeniu procentu daje się stwierdzić w większości przypadków pewną minimalną domieszkę leukocytów wielojądrzastych, która wynosi, według *Fontecill'i*, 5% ogólnej ilości ciałek białych.

Co do składników chemicznych płynu, to dla ilości ogólnej białka otrzymaliśmy w 85% przypadków cyfry : 0,010 do 0,020%,

TABLICA 2.

Płyn normalny.

Ciśnienie: 200—350 mm H_2O w poz. siedzącej
80—150 mm H_2O w poz. leżącej

Wygląd: bezbarwny, przezroczysty

Ilość ciałek: 0,5—3 w 1 cm

prawie same l i m f o c y t y (leukocyty poniżej 5%)

Ilość białka: 0,012—0,020% (ew. 0,025%)

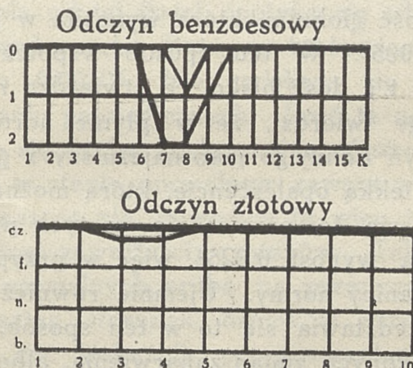
Ilość globulin: 0,001—0,005%. Współczynnik białkowy: $^1/_3$—$^1/_4$

Nonne I.: —

Weichbrodt: —

Pandy: — (ew.±)

Braun-Hussler: —



Przepuszczalność opon: 0,0008—0,0010 % azotanów

Ilość chlorków: 0,712—0,740 % (ew. 0'720 %)

Ilość cukru: 0,050—0,065 „

Ilość mocznika: 0,005—0,010 „ (Mestrezat)

Schorzenia, przy których otrzymuje się stale płyn normalny.

1 Histerja i inne nerwice
2. Choroby umysłowe „funkcjonalne“:
Psych. man.-depressiva i schizophrenia.

a tylko w 15% przypadków ilość nieco większą, t. j. 0,025. Tej ostatniej wartości jednak z całą pewnością uważać za normalną nie można; otrzymanie jej polega prawdopodobnie na niezupełnie jeszcze dokładnej technice dotychczasowo istniejących sposobów oznaczania ilości białka. Jako granicę normy białka należy więc uważać 0,020%. Podobnie określa ją też większość autorów zagranicznych francuskich i niemieckich (*Mestrezat, Lange, Fontecilla*), kładących większy nacisk na oznaczenie białka. W żaden jednak sposób nie można się zgodzić na liczby takie, jak 0,030%, którą podaje *Kafka* i 0,050%, którą podaje *Nonne*, jako granice normy, gdyż prowadziłoby to do fatalnych błędów djagnostycznych, mianowicie do niezauważenia wybitnych zmian patologicznych w płynie.

Z odczynów globulinowych i innych odczynów na poszczególne białka odczyn *Nonnego*, odczyn *Weichbrodta* i *Braun-Husslera* wypadają zawsze ujemnie. Przy odczynie *Nonnego* otrzymujemy wprawdzie ledwie dostrzegalny ślad opalescencji, którego nie możemy uważać za wynik dodatni, lecz dzięki któremu można określić za pomocą skali ilość globulin, która wynosiła w płynie normalnym zawsze 0,003 do 0,005%. W ten sposób współczynnik białkowy [1]) wypada 1/3 do 1/4 t. j. dość nisko, co stwierdza również *Fontecilla*, podczas gdy *Lange* twierdzi, że w płynie normalnym wynosi on zawsze 1/1. Odczyn *Pandy'go* jako najczulszy z globulinowych może wyjątkowo dać lekką opalescencję, którą można by oznaczyć jako $\pm$, lecz zdarza się to przeważnie w tych przypadkach, gdzie ilość ogólna białka wynosi 0,025%, więc w przypadkach stojących przynajmniej na granicy normy. Ujemnie również wypadają odczyny koloidalne. Przedstawia się to w ten sposób, że odczyn złotowy nie wykazuje żadnych zmian zabarwienia, albo zmiany minimalne w III do V probówce, a odczyn benzoesowy wykazuje skłaczkowacenie zupełne lub częściowe w dwu lub jednej probówce (w obrębie VI do VIII prób).

Z ciał niebiałkowych ilość chlorków w badaniach naszych wahała się między 0,712 a 0,725%, tylko w pojedyńczych przypadkach wynosiła 0,702%. Otrzymaliśmy więc ilości prawie te same, niekiedy nieco niższe, co *Mestrezat*, *Lange*, *Fontecilla* i *Nowicka* (z Krakowa), którzy podają jako normę: 0,720 do 0,740%, liczby różniące się od naszych mniejszą szerokością wahania, więc nieco ściślejsze, a to

[1]) Współczynnik białkowy, t. j. stosunek ilości globulin do ilości albumin, oblicza się w sposób następujący: Oznacza się ilość ogólną białka oraz ilość globulin, dalej odejmuje się ilość globulin od ilości ogólnej białka, przez co otrzymuje się ilość albumin. Wreszcie ilość globulin dzieli się przez ilość albumin.

dlatego, że autorzy ci używają znacznie większych ilości płynu do oznaczania chlorków, a mianowicie 2 — 5 ccm, podczas gdy sam używam tylko 1 ccm. Nie używam jednak większej ilości płynu i poprzestaję na mniejszej ścisłości, otrzymane bowiem przezemnie granice normy 0,712 do 0,740% są zupełnie wystarczające dla stwierdzenia odchyleń patologicznych o wartości diagnostycznej. Liczbę 0,702% przyjmuję jak wartość graniczną. Co do ilości cukru, to mimo niezupełnej ścisłości stosowanej przezemnie metody otrzymałem liczqy 0,050 do 0.080%, t. j. odpowiadające prawie zupełnie liczbom ucznia *Banga, Borberga*, który otrzymał liczby 0,050 do 0,075%. Inni znów autorzy wprawdzie podają liczby mniej lub więcej ściślejsze w obrębie tych granic, różnice między niemi są jednak dość znaczne. Dolna granica wynosi jednak zawsze 0,050%. Pochodzi to stąd, że ilość cukru w płynie normalnym nigdy nie ulega zmniejszeniu, nieraz natomiast wykazuje nieznaczne zwiększenie mimo braku jakiejbądź sprawy patologicznej. Ilość mocznika, której sam nie oznaczałem, wynosi według *Mestrezata* i *Fontecilla*: 0,005 do 0,010%. Odchylenia od tej ilości spotyka się właściwie jedynie tylko w stanach uremicznych. Ilość azotanów jest minimalna, mianowicie: 0,0008 do 0,0010%. Nie zwiększa się też ona widocznie w żadnych stanach patologicznych. Ilość ta odgrywa jednak rolę, jeżeli wykonywa się próbę funkcjonalną *Mestrezata* na przepuszczalność opon, która w stanie normalnym zawsze wypada ujemnie. Podanie azotanów per os nie powoduje tu więc żadnego zwiększenia powyższej normalnej zawartości azotanów. Tak samo ujemnie wypada w płynach normalnych próba na przepuszczalność opon *Waltera*, dając normalny stosunek bromków surowicy do bromków w płynie czyli t. zw. wskaźnik przepuszczalności, który waha się normalnie pomiędzy 2,9 a 3,5. Co do odczynów biologicznych, to poza nikłemi śladami niektórych fragmentów, nie mających znaczenia diagnostycznego, nie stwierdzamy żadnych biologicznie czynnych ciał w płynie: ani hemolizyn (próba *Weil-Kafki* ujemna), ani fermentu peptolitycznego, ani jakichbądź przeciwciał swoistych (odczyn *Wassermanna, Meinickego* i t. p. wypada bez wyjątku ujemnie).

Krótko mówiąc, płyn m.-rdz. w stanie normalnym przedstawia się jako ciecz o wyglądzie czystej wody. zawierająca minimalną ilość ciałek białych, i to prawie wyłącznie limfocytów, minimalną ilość składników stałych, zwłaszcza mało białka, z którego tylko ślady przypadają na globuliny. Zawiera ona większość swych składników stałych, zwłaszcza białko, cukier i chlorki, w ilościach, zupełnie odmiennych od surowicy krwi (mniej białka i cukru a więcej

chlorków), co wskazuje na bardzo małą i ściśle unormowaną przepuszczalność barjery między obiema cieczami, którą tworzą opony mózgowe i sploty naczyniaste.

2. *Patogenetyczny podział zmian chorobowych w płynie m.-rdz.*

Teraz dopiero po opisie dokładnym własności i składu płynu m.-rdz. normalnego oraz normalnych warunków anatomicznych i fizjologicznych, w których się znajduje, można, opierając się na tym obrazie zrozumieć łatwo wszelkie odchylenia od stanu normalnego.

Zmiany patologiczne ciśnienia płynu m.-rdz.

Zaczniemy od omówienia odchyleń o charakterze raczej fizykalnym i mechanicznym, t. j. zmian w zakresie ilości, ciśnienia i krążenia płynu, Musimy zaraz na wstępie zaznaczyć, że rzeczy te mało nam są dostępne u człowieka żywego, gdyż po pierwsze nie możemy bezpośrednio zmierzyć ilości płynu, a po drugie mamy naogół tylko w jednem miejscu dostęp do przestrzeni, w której płyn się znajduje, mianowicie do przestrzeni podpajęczynowej okolicy lędźwiowej. Wprawdzie wykonują nakłucia podpotylicowe, czaszkowe podoponowe i dokomorowe oraz oczodołowe (wchodząc przez oczodół i fissura orbitalis superior do przestrzeni podoponowej), lecz zabiegi te są bolesne i nie pozbawione pewnego niebezpieczeństwa. Wymagają one specjalnej techniki i dlatego wyjątkowo tylko bywają stosowane. To też, aby wyciągać wnioski co do wymienionych kwestji, należy opierać się na objawach, które można stwierdzić w czasie nakłucia lędźwiowego, uzupełniając je wynikami badania samego płynu oraz badania klinicznego.

Właściwie jedyną własnością o charaktere fizykalno - mechanicznym, którą można określić podczas nakłucia, jest ciśnienie płynu. własność ta może wykazywać zato szereg odchyleń od normy. Ciśnienie może być mianowicie zbyt wysokie lub zbyt niskie, może wahać się w związku z tętnem i oddychaniem albo też nie, może po ujęciu płynu spadać powoli i bardzo nieznacznie, albo szybko i bardzo znacznie. Wreszcie możemy nie stwierdzić wzmagania się ciśnienia w razie wytworzenia sztucznego zastoju żylnego w mózgu przez nacisk na żyły szyjne (brak objawu Queckenstedta). Odchylenia te mogą być uwarunkowane przez następujące stany patologiczne (Tablica 3):

1. Wzmożenie ilości płynu z połączonem z niem wzmożonem ciśnieniem śródczaszkowem:

a) wskutek podrażnienia splotów naczyniastych, b) wskutek wzmożonej przepuszczalności opon, c) wskutek utrudnionego odpływu płynu, d) wskutek działania czynników chemicznych, powodujących zaburzenie równowagi osmotycznej.

Jako objawy następują: 1. wzmożone ciśnienie płynu lędźwiowego, 2. brak spadku ciśnienia albo spadek minimalny po ujęciu płynu;

2. Wzmożone ciśnienie śródczaszkowe bez zwiększenia ilości płynu:

a) wskutek procesów zmniejszających przestrzeń wolną w jamie czaszkowej, b) wskutek zamknięcia komunikacji komór z przestrzenią podoponową i wynikającego stąd wodogłowia wewnętrznego, c) wskutek znacznego zwiększenia ciśnienia tętniczego.

Jako objawy występują: 1. wzmożone ciśnienie płynu, 2. po ujęciu płynu stosunkowo szybki spadek do wysokości normalnej;

3. Zmniejszone ciśnienie śródczaszkowe:

a) wskutek obniżenia ciśnienia tętniczego, b) wskutek braku komunikacji komór z przestrzenią podoponową bez wytworzenia znaczniejszego wodogłowia wewnętrznego, c) wskutek pierwotnego zaniku mózgu.

Jako objawy następują: 1. zmniejszone ciśnienie płynu, 2. spadek po ujęciu płynu w stosunku normalnym.

4. Zamknięcie komunikacji między jamą czaszkową a kanałem kręgowym z połączonym z nim zastojem żylnym w kanale kręgowym:

a) wskutek ucisku na kanał kręgowy lub otwór potyliczny, b) wskutek poprzecznej sprawy zapalnej rdzenia i jego opon; objawami są: 1. wzmożone lub znacznie zmniejszone ciśnienie lędźwiowe, 2. szybki bardzo znaczny (często do 0) spadek po ujęciu płynu, 3. brak objawu *Queckenstedta*, 4. brak wahania ciśnienia w związku z tętnem i oddychaniem.

Jakkolwiek z zestawienia powyższego możnaby przypuszczczać, że z wysokości i zachowania się ciśnienia płynu podczas nakłucia lędźwiowego dałoby się wyciągnąć daleko idące wnioski co do charakteru zmian toczących się w obrębie ośr. ukł. nerw, to w rzeczywistości tak jednak niestety nie jest, Ciśnienie bowiem w pozycji leżącej jest w wysokim stopniu zależne od całego szeregu czynników przypadkowych, zwłaszcza zachowania się pacjenta, jak już wskazywaliśmy. Dlatego też dotychczas, zanim technika badania ciśnienia nie ulegnie znacznemu polepszeniu, musimy się przy analizie płynu mózgowo-rdzeniowego opierać głównie i prawie wyłącz-

TABLICA 3.

Zachowanie się ciśnienia lędźwiowego przy różnych sprawach chorobowych.

Sprawa chorobowa	Ciśnienie lędźwiowe	Spadek ciśnienia po wydobyciu płynu	Zależność ciśnienia od tętna i oddechu	Objaw Queckenstedta
1. Wzmożenie ilości płynu i ciśnienia śródczaszkowego	wzmożone	minimalny	tak	+
2. Wzmożenie ciśnienienia śródczaszkowego bez zwiększenia ilości płynu.	wzmożone	dosyć szybki do normy	tak	+
3. Obniżenie ciśnienia śródczaszkowego.	obniżone	normalny	tak	+
4. Zamknięcie komunikacji jamy czaszki z kan. kręgowym.	wzmożone lub obniżone	szybki i b. znaczny niżej normy	niema	—

nie na własnościach i składzie chemicznym wydobytego płynu, przypisując objawom w zakresie ciśnienia znaczenie jedynie drugorzędne i uzupełniające.

Zmiany patologiczne w zakresie własności i składu płynu.

Co do odchyleń od stanu normalnego w zakresie własności i składu samego płynu, to są one bardzo różnorodne, każda bowiem prawie cecha płynu normalnego może ulec zmianom patologicznym. Jeżeli jednak wszelkie zmiany, spotykane w płynie, rozpatrywać będziemy na podstawie ich powstawania, t. j. ich patogenezy, to przyjdziemy do przekonania, że nie wszystkim zmianom tym można przypisywać jednakowe znaczenie dla rozpoznawania chorób i że tylko pewna ilość odchyleń od normy może posiadać wartość rozpoznawczą. Należy przytem odrazu na początku zaznaczyć, co też potwierdzi następujący podział patogenetyczny, że właściwie prawie wszystkie objawy patologiczne, które możemy spotkać w pły-

TABLICA 4.

Objawy zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym w związku z ich znaczeniem patologicznem.

I. Ogólny objaw wszelkich zmian patologicznych w płynie.

Wzmożenie ilości ogólnej białka.

II. Objawy zapalne

Wzmożenie ilości ciałek

a) **przewlekłe**

Limfocyty > leukocyty

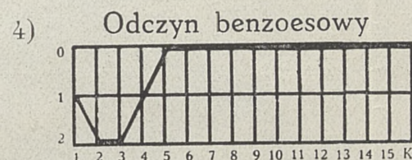
b) **ostre**

1) leukocyty > limfocyty
2) ropa
3) zmniejszenie ilości cukru

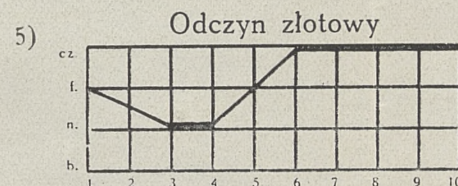
III. Objawy zmian (zapaln.) endogennych

t. j. powstałych w obrębie worka oponowego.

1) Współczynnik białkowy: ponad $^1/_2$
2) Odczyn Nonnego silny w stosunku do ilości białka,
3) Odczyn Weichbrodta > odczyn Nonnego
4) Odczyn benzoesowy



5) Odczyn złotowy



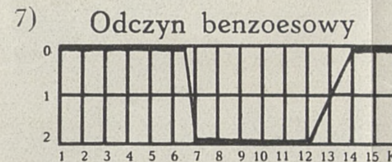
(1–5: Wzmożenie globulin zwłaszcza euglobulin)

6) Wzmożenie fermentu peptolitycznego

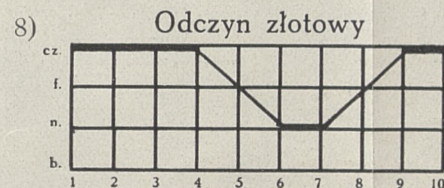
IV. Objawy, wzmożonej przepuszczalności opon

t. j. zmian egzogennych.

1) Próba Mestrezata + (przejście do płynu azotanów wprowadz. do ustroju)
2) Zmniejszenie ilości chlorków,
3) Wzmożenie ilości cukru
4) Współczynnik białkowy < $^1/_3$
5) Odczyn Nonnego słaby w stos. do ilości białka
6) Odczyn Weichbrodta > od- Nonnego.
7) Odczyn benzoesowy



8) Odczyn złotowy



(4–8: domieszka białka plazmy krwi)

9) Zjawienie się włóknika (z plazmy krwi
10) Ksantochromja (barwik plazmy krwi)
11) Odczyn hemolizynowy dodatni (hemolizyna ze krwi)
12) Odczyn Braun-Husslera (komplement)
13) Odczyn Wa dodatni (u luetyka przeciwciała kiłowe ze krwi)

V. Objawy krwotoczne

1) Czerwone ciałka.
2) Ksanto (rubro) chromja HB
3) Odczyn na HB +
4) Hemoliza własnych krwinek.

VI Objawy swoiste

1) Dodatni odczyn Wassermanna, Meinickego i t. d.
1) Obecność bakterji, pasorzytów lub komórek nowotworu

nie, są wykładnikami procesów w oponach miękich. Tak więc sprawa zapalna w mózgu odbija się w płynie tylko dzięki towarzyszącemu jej stanowi zapalnemu opon; nowotwór uciskający rdzeń powoduje zmiany w płynie jedynie dzięki rozciągnięciu opon miękkich poniżej jego umiejscowienia i łączącemu się z niem rozrzedzeniu i wzmożonej przepuszczalności, wreszcie krwotok do płynu można uważać również jako rozdarcie opon w określonem miejscu.

Wszystkie odchylenia możemy podzielić na podstawie ich powstawania, t. j. ich patogenezy, na szereg kategorji. Nie przedstawiają one żadnych obrazów chorobowych, lecz obejmują tylko objawy o tej samej patogenezie. Podobnych kategoryj patogenetycznych można wyodrębnić, zdaniem mojem, wśród zmian patologicznych płynu mózgowo-rdzeniowego sześć (tabl. 4). Z kolei musimy omówić każdą z nich oddzielnie.

I kategorja: ogólny objaw zmian patologicznych w płynie.

Za taki może być uważany jeden tylko objaw, wzgl. zmiana patologiczna płynu, mianowicie wzmożenie ogólnej ilości białka. Jest to, powiem, jedyny a zarazem najczulszy objaw wszelkich zmian patologicznych w płynie m.-rdz. jakiegokolwiekbądź charakteru: zapalnego, zastoinowego, krwotocznego lub innego (za wyjątkiem jedynie zaburzenia przepuszczalności opon najlżejszego stopnia, objawiającego się zmianą lekką w składzie chlorków i cukru przy normalnej ilości białka). Dlatego też możemy mówić o płynie normalnym jedynie tylko przy normalnej ilości białka, a z drugiej strony same tylko zwiększenie jego nawet bez innych objawów dowodzi już pewnych (w tym wypadku bliżej nie określonych) zmian patologicznych w płynie. Jest to stanowisko *Langego*, które w statystyce pracowni naszej znalazło zupełne potwierdzenie.

II kategorja: zmiany zapalne.

Drugą kategorję stanowią te objawy, które dowodzą, że zmiany w płynie noszą charakter zapalny i które polegają przedewszystkiem na wzmożeniu ilości ciałek białych: w postaci limfocytów przy zapaleniach przewlekłych, a leukocytów wielojądrzastych przy zapaleniach ostrych, wzgl. przewagi jednych lub drugich. Pozatem jako objawy zapaleń ostrych mamy jeszcze: specyficzny wygląd makroskopowy płynu, a mianowicie wygląd wskutek domieszki ropy mętny oraz ważne bardzo zarówno z punktu widzenia prognostycznego jak i diagnostycznego zmniejszenie ilości cukru, pochłanianego przez leukocyty i bakterje, nieraz nawet doszczętnie.

III kategorja: zmiany endogenne.

Do trzeciej kategorji należą zmiany płynu, które powstały w obrębie worka oponowego, a nie pochodzą z osocza krwi wskutek przesiąkania jego składników przez opony. Zmiany te i ich objawy nazywamy też dlatego wewnątrzpochodnemi, endogennemi. Chodzi tu o wzmożone powstawanie białka w samym płynie, mianowicie prawdopodobnie z rozpadłych ciałek białych, w niektórych stanach zapalnych, w których opony zachowują swą normalną przepuszczalność, jak wiadomo, minimalną. Wobec tego jednak, że sam objaw wzmożenia ilości białka jest objawem ogólnym i nie wskazuje na pochodzenie tego białka, do grupy tej należą jedynie objawy wskazujące na rodzaj tego białka, t. j. na wewnątrzpochodny charakter jego powstawania. Do objawów tej kategorji zaliczyć więc trzeba: dużą w stosunku do ogólnej ilości białka ilość globulin, czyli wysoki współczynnik białkowy (powyżej 1/2), silny w stosunku do ogólnej ilości białka odczyn *Nonnego* i jeszcze silniejszy odczyn *Weichbrodta* oraz strącenia koloidów w odczynach koloidalnych po stronie lewej, t. j. w stężeniach wysokich płynu, jednem słowem więc objawy, stwierdzające charakter globulinowy i euglobulinowy wzmożonego białka.

Pozatem do grupy tej należy jeszcze jedna zmiana płynu, która jest pochodzenia wyłącznie endogennego, mianowicie wzmożenie fermentu peptolitycznego. Objaw ten jest prawie patognomoniczny dla zapalenia opon gruźliczego, dlatego występuje w zespole objawów przeważnie zewnątrzpochodnych· Niemniej, ponieważ ferment peptolityczny powstaje jedynie w płynie, objaw ten musimy zaliczyć do kategorji zmian endogennych.

IV kategorja: zmiany egzogenne.

W kategorji czwartej, w przeciwieństwie do poprzedniej, zebrane są wszystkie objawy zmian, powstałych w płynie wskutek wzmożonej przepuszczalności opon jakiegokolwiek charakteru: zapalnego, czy zastoinowego. W przypadkach tych opony stają się więcej przepuszczalnemi, umożliwiają przejście całego szeregu ciał z krwi do płynu lub odwrotnie. Zmiany w ten sposób powstałe w płynie nazywamy, w przeciwieństwie do poprzednich: zewnątrzpochodnemi, egzogennemi, Pierwszym objawem jest tu, naturalnie, dodatni wynik prób na przepuszczalność opon *Mestrezata* i *Waltera*, o których poprzednio mówiłem. Pozatem stwierdzamy w tych przypadkach zmiany w składzie płynu. Po pierwsze znajdujemy tu zmniejszenie chlorków, gdyż część ich przechodzi do krwi, która zawiera

mniej chlorków. niż płyn, oraz zwiększenie cukru wskutek przejścia go z krwi do płynu. Po drugie konstatujemy przejście do płynu białka surowiczego, przez co i tutaj zwiększa się w płynie ogólna ilość białka, lecz białka o małej zawartości globulin. Uwydatnia się to w objawach następujących: małej w stosunku do zwiększonej ilości białka ilości globulin, czyli niskim współczynniku białkowym (poniżej $^1/_4$), odczynie *Nonnego* słabym w stosunku do ilości białka i jeszcze słabszym odczynie *Weichbrodta* oraz krzywych koloidalnych po stronie prawej. Wreszcie po trzecie spotykamy przejście z krwi do płynu ciał, których w stanie normalnym w nim niema: barwika plazmy (luteiny), powodującego ksantochromję, fibrinogenu, którego ścinanie się powoduje powstawanie siatki włóknika lub koagulację całego płynu, hemolizyny, która daje dodatni odczyn Weila-Kafki, komplementu, który poza poprzednim odczynem stwierdzamy za pomocą odczynu *Braun-Husslera*, wreszcie przeciwciał swoistych, jeżeli takowe się znajdują w krwi, wskutek czego może powstać (wprawdzie słaby) odczyn *Wassermanna* w płynie, odczyn ten niema w tym przypadku żadnego znaczenia swoistego co do danego schorzenia ośr. ukł. nerw., gdyż jest wyłącznie przejawem wzmożonej przepuszczalności opon. Zjawisko to zaobserwowałem kilkakrotnie przy zapaleniach opon niekiłowych (gruźliczych i ropnych) u osób, które prawdopodobnie przebyły kiłę, zaznaczę przytem. że odczyn Wassermanna w krwi, wykonany według techniki oryginalnej, nie zawsze był u tych osób dodatni, jednak z pewnych względów. polegających na różnicy techniki tego odczynu z krwią i z płynem, bywa to możliwe.

V kategorja: zmiany krwotoczne.

Do piątej kategorji należą objawy wskazujące, że mamy do czynienia z krwotokiem do płynu, innemi słowy, mechanicznem rozdarciem opon w pewnem miejscu, przez co prócz wszystkich wymienionych poprzednio ciał przechodzą do płynu jeszcze krwinki czerwone z zawartą w nich hemoglobiną. Objawami tej grupy będą więc: obecność krwinek czerwonych w osadzie płynu, zabarwienie czerwone lub żółte (ksantochromja) płynu, dodatni odczyn na hemoglobinę *(Adler'a, Fleig'a* i t. d.) i dodatni odczyn autohemolityczny *Bard'a*. wskazujący na to, że dany płyn posiada własności hemolityczne dla krwinek tej samej osoby.

VI kategorja: zmiany swoiste.

Do ostatniej kategorji zaliczam objawy swoiste dla pewnej choroby, więc: 1) obecność w płynie określonego zarazka stwierdzonego na

preparacie lub za pomocą hodowli, 2) odczyny biologiczne swoiste, głównie odczyn *Wassermanna* oraz jego modyfikacje. Co do ostatniego jednak należy zrobić zastrzeżenie, że musi się przy tem wykluczyć możliwość powstawania tego odczynu w płynie wskutek przejścia przeciwciał kiłowych z krwi przy wzmożonej przepuszczalności opon, opisanego w kategorji IV. *Lange* wpomina pozatem o swoistym odczynie w płynie na gruźlicę, odczynie *Besredki*, jednak według jego własnych słów odczyn ten jest tak mało pewny, że wobec stosunkowej łatwości znalezienia swoistych bakterji oraz całego obrazu zmian bardzo typowego dla zapalenia opon gruźliczego można tego odczynu nie wykonywać. Do objawów tej kategorji należy również obecność w płynie, t. j. w jego osadzie komórek nowotworowych, części pasorzytów i t. d., która jednak niestety bardzo rzadko daje się stwierdzić. Objawy tej kategorji dają nam więcej od wszystkich innych, wskazując mianowicie samo tło chorobowe, ilość ich jednak dotychczas jest stosunkowo nieduża.

3. *Zasady diagnostyki płynu m.-rdz. na podstawie zespołów objawów.*

Teraz dopiero, kiedy znamy znaczenie patogenetyczne każdego objawu, możemy przejść do diagnostyki różnych schorzeń na zasadzie tych objawów. Objawy poszczególne mogą się spotkać przy każdem prawie schorzeniu, w każdym jednak przypadku możemy sobie wytworzyć obraz zmian patologicznych na zasadzie kombinacji objawów w nim spotkanych. Taki jedynie sposób stawiania rozpoznania na podstawie całego zespołu objawów może prowadzić do wyników pewnych. Znając mianowicie, jakie zespoły charakteryzują różne schorzenia, nie trudno będzie z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać tę albo inną sprawę chorobową, a w razie obecności objawu swoistego można będzie nawet postawić rozpoznanie danej choroby z całą pewnością. Dla ilustracji przytoczę przykład: stwierdzając wzmożenie limfocytów ze wzmożeniem białka, w którem przeważają globuliny i euglobuliny, oraz brak wszelkich objawów wskazujących na wzmożoną przepuszczalność opon, możemy rozpoznawać sprawę przewlekło-zapalną opon o charakterze endogennym. Sprawy tego rodzaju, jak zobaczymy później, występują jedynie w przypadkach kiły ośr. ukł. nerw. lub stwardnienia wieloogniskowego. Jeżeli stwierdzamy nadto objaw swoisty dla kiły, mianowicie dodatni odczyn *Wassermanna* lub *Meinickego*, to możemy z pewnością stwierdzić, że mamy tutaj schorzenie kiłowe ośr. ukł. nerw.

Możemy nawet w tym przypadku, zależnie od wyniku poszczególnych odczynów globulinowych i krzywych koloidalnych, stwierdzić z pewnem prawdopodobieństwem, o jaką postać kiły ukł. nerw. tu się rozchodzi, czy o lues III cerebro-spinalis, czy o paraliż postępujący lub wiąd rdzenia. Z przykładu tego widzimy też, że interpretacja zespołu objawów musi być wykonana stopniowo i ostrożnie, przyczem każdy wniosek musi być dostatecznie uzasadniony. Wyjątkowo tylko. uciekamy się dla potwierdzenia rozpoznania do faktów jeszcze niewyjaśnionych, tymczasem jedynie empirycznie stwierdzonych (jak np. wzmożenie ilości cukru przy encephalitis lethargica).

Rozpoznanie i wniosek.

Naogół interpretację obrazu zmian możemy przeprowadzić, odpowiadając na trzy zasadnicze pytania, odpowiedzi na nie stanowią to, co możemy nazwać rozpoznaniem laboratoryjnem:

1) czy dany obraz płynu m.-rdz. dowodzi istnienia zmian w częściach otaczających płyn: oponach, splotach naczyniastych, istocie nerwowej i t. d.?

2) jakiego charakteru są te zmiany: zapalnego, zastoinowego, krwotocznego lub innego?

3) jakiego są one pochodzenia: kiłowego, gruźliczego, nowotworowego lub innego?

Po ustaleniu rozpoznania laboratoryjnego zastanawiamy się z kolei nad jego stosunkiem do rozpoznania klinicznego, Rozpoznanie laboratoryjne może popierwsze potwierdzać rozpoznanie kliniczne, podrugie może je wykluczać, potrzecie, jeżeli go nie potwierdza wyraźnie, to może się dać przynajmniej pogodzić z danem rozpoznaniem klinicznem, wreszcie w razie różniczkowania klinicznego między kilkoma schorzeniami, iść może o to, za którem z nich ono przemawia więcej.

Wniosek, który na podstawie rozważań powyższych stawiamy, trzeba bezwzględnie oddzielić od rozpoznania laboratoryjnego, wyróżniać i oddzielnie od niego formułować, gdyż porusza on także zagadnienia kliniczne. Ma on szczególne znaczenie wtedy, jeżeli nie można odpowiedzieć na trzecie pytanie rozpoznania, t. j. nie można postawić rozpoznania etjologicznego, gdyż rozpoznanie laboratoryjne, które w takim wypadku brzmi bardzo ogólnikowo, jest często w stanie usunąć mimo to w zupełności pewną wątpliwość kliniczną (n. p. ogólnikowe rozpoznanie laboratoryjne: „zmiany za-

stoinowe" może roztrzygnąć kwestję, czy ma się do czynienia z lues cerebro spinalis czy z tumor cerebri, i to w danym przypadku na korzyść drugiego schorzenia).

Zespoły zmian w płynie m.-rdz.

Jak na początku tego rozdziału mówiliśmy, dla postawienia rozpoznania konieczna jest interpretacja całego obrazu zmian patologicznych w płynie. Należy zatem brać pod uwagę wszystkie objawy w nim stwierdzone. Całość ich tworzy zespół, wskazujący na pewien określony proces patologiczny w obrębie worka oponowego,

Takich zespołów zasadniczych, stale spotykanych przy badaniu płynów m.-rdz. oraz wskazujących na określone typy zmian chorobowych w tym zakresie można wyróżnić, zdaniem naszem, sześć:

I. Zespół zapalny endogenny, wskazujący na przewlekłą sprawę zapalną opon bez zaburzenia ich przepuszczalności;

II. Zespół zapalny egzogenny, wskazujący na przewlekłą (lub podostrą) sprawę zapalną opon, połączoną z zaburzeniem ich przepuszczalności;

III. Zespół zapalny ostry, wskazujący na ostre (ropne) zapalenie opon;

IV. Zespół zastoinowy, wskazujący na przerwanie komunikacji między jamą czaszkową a kanałem kręgowym;

V. Zespół krwotoczny, wskazujący na krwotok do przestrzeni podoponowej (lub komór mózgu);

VI. Zespół wtórnego podrażnienia opon, wskazujący na sprawę toczącą się poza oponami, na którą opony reagują mniej lub więcej silnie,

ROZDZIAŁ II.

Zasadnicze zespoły objawów płynu oraz wyszczególnione na ich podstawie grupy poszczególnych schorzeń.

Stojąc na stanowisku, że przy rozpoznawaniu schorzeń układu nerwowego na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego należy się opierać nie na pojedyńczych objawach, lecz na zespołach zmian w płynie dla nich charakterystycznych, musimy obecnie dokładnie te zespoły poznać oraz ustalić, dla jakiego rodzaju procesu patologicznego, a więc dla jakiego rodzaju schorzenia lub grupy schorzeń są one charakterystyczne. W ten sposób można będzie postawić rozpoznanie samej choroby albo przynajmniej wypowie-

TABLICA 5.

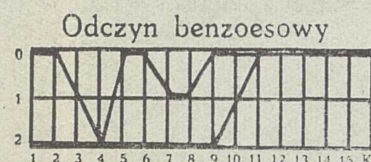
I. Grupa: schorzenia charakteryzujące się przewlekłem zapaleniem opon bez znacznego zaburzenia ich przepuszczalności.

czyli **Zespołem zapalnym endogennym.**

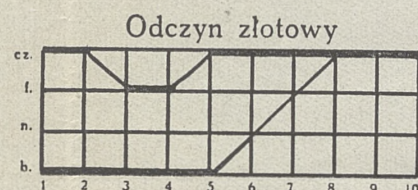
Ciśnienie: normalne lub wzmożone.
Wygląd: bezbarwny, przezroczysty.
Ilość ciałek: wzmożona; prawie same limfocyty.
Ilość białka: wzmożona.

Współczynnik białk.: wysoki ($^1/_2$ — $^7/_5$)
Nonne I: + silnie w stos. do białka.
Weichbrodt: + > Nonnego.
Pandy: +
} **przewaga globulin zwłaszcza eugl.**

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



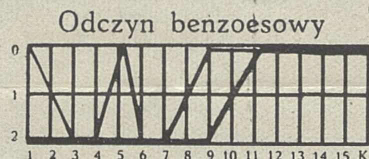
Próba Mestrezata: 0,0010—0,0015% azot.
Ilość chlorków: normalna
Ilość cukru: normalna
} **przepuszczalność opon normalna**

Wyniki przy poszczególnych schorzeniach.

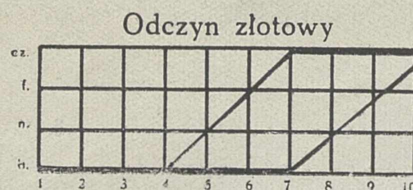
1. Porażenie postępujące.

Ilość ciałek: 4—15 (20%), 15—150 (76 „), 150—350 (4 „) } zawsze wzmożona
Domieszka leukocytów 9—15% (w 50%)
Ilość białka: 0,030—0,040 (4%), 0,040—0,200 (93 „), 0,200—0,300 (3 „) } zawsze wzmożona
Współczynnik białkowy. $^1/_1$—$^1/_3$
Nonne I.: + (95%) już przy 0,30% białka
Weichbrodt: + (97%; >Nonnego (82%)
Pandy: + (100%)

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy

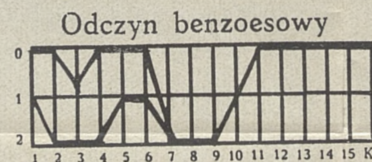


Przepuszczalność opon: 0,0012%, 0,0025 „ } normalna lub lekko wzmoż.
Ilość chlorków 0,712 — 0,740% (w 70%)
0,680 — 0,702 „ (w 50%)
Ilość cukru: 0,050—0,080%
Odczyn Wassermanna: (1,0 cm): + (90%)
we krwi: + (66 %)

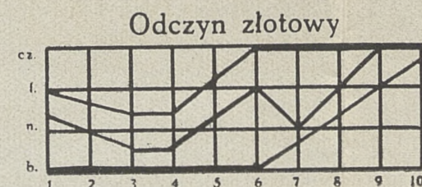
2. Kiła mózgowo-rdzeniowa.

Ilość ciałek: 0,5—3 (10%), 4—10 (20 „), 10—500 (70 „) } wzmożona w 90 %
Przeważnie czysta limfocytoza.
Ilość białka: 0,025—0,300; zawsze wzmoż
Współczynnik białkowy: $^1/_2$—$^1/_1$
Nonne I: + (80 %) już przy 0,030 — 40% białka
Weichbrodt: + (50%;>Nonnego (10%)
Pandy: +

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Przepuszczalność opon: 0,0010—0,0012% normalna
(Przy objaw. oponow.): 0,0015—0,0020% l. wzmożona
Ilość chlorków: 0,712—0,740% (w 70%)
0,680—0,702% (w 30%)
Ilość cukru: 0,050—0,080%
Odczyn Wasserm. (1,0 cm); + (w 54%)
„ „ we krwi + (w 55%)

3. Wiąd rdzenia.

a) Tabes incipiens	**Wiąd postępujący**
Ilość ciałek: a) 1—8	b) 10—200 (wzmoż, w 70%)

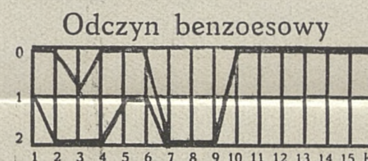
Prawie czysta limfocytoza.

Ilość białka: a) 0,025—0,040%	b) 0,060—0,150% (zawsze wzmoż.)

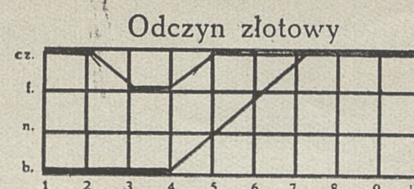
Współczynnik białkowy $^1/_1$—$^1/_2$

Nonne I: a)—(ew. +)	b) +
Weichbrodt; a) —	b) +;>Nonnego (50%)
Pandy: a)± (ew. +)	b) —

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy

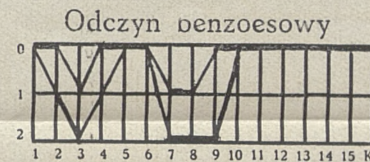


Przepuszczalność opon: prawie zawsze norm. 0,0010—0,0012% azot.
Ilość chlorków 0,702—0,750%
Ilość cukru: 0,050—0,080%
Odczyn Wassermanna (1,0 cm)
„ „ we krwi } —

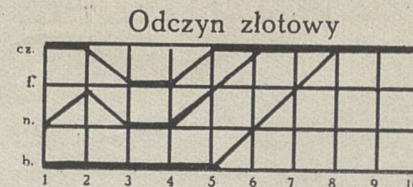
4. Stwardnienie wieloogniskowe.

(w 7% płyn bez zmian)
Ilość ciałek: 0,5—3 (w 40%), 4—3 (w 60„) } lekko wzmoż. w 60%
Prawie czysta limfocytoza
Ilość białka: 0,015—0,020%; norm. w 7%
0,025—0,060 „; wzm. w 93 „
Współczynnik białkowy: $^1/_1$—$^2/_3$
Nonne I: + w 43%
Weichbrodt: + > Nonnego (11%)
Pandy: + 70% = „ 75%

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Przepuszczaln. opon: 0,0012 — 0,0012 % normalna ew. lekko wzmoż.
Ilość chlorków: 0,702—0,740 %
Odczyn Wassermanna (1,0 cm)
„ „ we krwi } —

dzieć podejrzenie co do jej rodzaju. Z kolei musimy zatem rozpatrzeć wszystkie wymienicne na końcu poprzedniego rozdziału sześć zespołów łącznie z grupami schorzeń, dla których są one charakterystyczne.

I. Grupa schorzeń, charakteryzująca się przewlekłym stanem zapalnym opon bez znaczniejszego zaburzenia i ich przepuszczalności. (Tabl. 5).

W grupie tej omawiamy więc procesy chorobowe ośr. ukł. nerw., przy których zachodzą przewlekłe zmiany zapalne opon tego rodzaju, że opony nie tracą swej normalnej przepuszczalności, która jest jak wiadomo bardzo nieznaczna. Na podstawie zmian tych zaliczamy tu pewne schorzenia bez względu na to, czy zmiany w oponach są głównym procesem chorobowym, jak to ma miejsce przy meningitis basilaris luetica, czy też zmiany znaczniejsze odbywają się w istocie nerwowej, a zmiany w oponach są raczej dodatkowe, jak n. p. przy stwardnieniu wieloogniskowem. Wprawdzie zależnie od tego będzie natężenie zmian w płynie większe lub mniejsze, lecz charakter zespołu tych zmian przy wszystkich schorzeniach, należących do tej grupy, będzie podobny.

Zespół ten przejawia się w postaci dwuch zmian kardynalnych, i to obu endogennych, t. j. powstałych w obrębie worka oponowego.

Pierwszą zmianą jest wzmożenie ilości ciałek białych, i to w danym przypadku prawie wyłącznie limfocytów, wydzielających się z opon więcej, niż w stanie normalnym. Domieszka leukocytów naogół nie przekracza tu procentu normalnego, t. j. 5% wszystkich ciałek białych.

Drugą zmianę przedstawia wzmożenie ilości białka, i to białka, powstałego w obrębie worka oponowego z rozpadających się limfocytów *(Lange)*, może jednak pochodzącego także z istoty nerwowej, w której odbywają się procesy zwyrodnieniowe *(Nonne)*. W żadnym jednak przypadku białko to nie pochodzi z osocza krwi, od białka którego różni się wybitnie swemi własnościami i swym składem, a mianowicie: 1) dużą ilością globulin, stanowiących nieraz więcej niż połowę całej ilości białka, 2) zawartością globulin w znacznym stopniu w postaci gruboziarnistych euglobulin, których osocze krwi prawie nie zawiera wcale. Skład ten białka znajduje swój wyraz w objawach następujących: a) silnym w stosunku do ogólnego białka odczynie *Nonnego*. b) jeszcze silniejszym odczynie *Weichbrodta*, c) wysokim współczynniku białkowym (1/1 i więcej), d) krzywych koloidalnych po stronie lewej.

Trzecią cechą charakterystyczną dla tego zespołu jest brak wszelkich zmian egzogennvch, wskazujących więc na wzmożoną przepuszczalność, jak n. p. obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru, zjawienie się obcych dla płynu ciał, przesiąkających z surowicy. Jeżeli nawet zmiany takie występują, są one na drugim planie wobec znacznie silniejszych wyżej wymienionych zmian endogennych. Tak samo próby fukcjonalne na przepuszczalność wypadają ujemnie albo bardzo słabo dodatnio *(Mestrezat, Lange, Fontecilla, Hauptmann, Prusak i Prusakowa).*

Cały zespół można więc ująć jako połączenie objawów zapalnych przewlekłych (cytologicznych i białkowych) z objawami endogennemi przy braku zupełnym objawów zaburzenia przepuszczalności opon. Zespół ten potwierdzają badania autorów zagranicznych, jak *Lange, Esskuchen, Nonne, Fontecilla, Guillain* i inni, wszyscy oni przy schorzeniach, dla których zespół ten jest charakterystyczny, otrzymywali wyniki o charakterze zmian wyżej wymienionych.

Zespół ten charakteryzuje wszelkie postacie kiły ośr. ukł. nerw. (par. progr., tabes, lues c.-spin.) i sclerosis multiplex.

II. Grupa schorzeń, charakteryzująca się przewlekłym (lub podostrym) stanem zapalnym opon z wybitnem zaburzeniem ich przepuszczalności. (Tabl. 6).

Głównem schorzeniem, należącem do tej grupy, jest gruźlicze zapalenie opon, Zespół ten jednak, jak i zespół poprzedni, nie występuje wyłącznie w schorzeniach, przy których zmiany głównie znajdujemy w oponach, lecz zdarza się także w schorzeniach, w których największe zmiany spotykamy w istocie nerwowej, n. p. w ostrem zapaleniu rogów przednich. W każdym razie występuje on zawsze, jeżeli opony są w stanie znaczniejszego zapalenia i to z wybitnem zaburzeniem ich przepuszczalności. Stoi to też częściowo w związku z nieco ostrzejszym przebiegiem tych schorzeń, niż schorzeń grupy poprzedniej, które mają przebieg więcej przewlekły. Nieraz jednak nie można przeprowadzić wyraźnej granicy między obiema grupami, gdyż n. p. jedna z postaci kiłowego zapalenia opon, spotykana głównie u dzieci, przebiega wśród objawów dosyć ostrych i daje obok zmian endogennych również objawy wzmożonej przepuszczalności opon.

Zespół ten charakteryzuje się popierwsze: wzmożeniem ilości ciałek białych. Składają się one także w większej części z limfocytów, zawierają jednak prawie zawsze dosyć znaczną domieszkę leukocytów wielojądrzastych, (często 30% lub więcej), co

II Grupa: schorzenia charakteryzujące się przewlekłem lub podostrem zapaleniem opon z wybitnem zaburzeniem ich przepuszczalności.

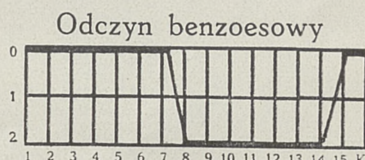
czyli **Zespołem zapalnym egzogennym.**

Ciśnienie wzmożone prawie zawsze (400—1000)
Wygląd: często **ksantochromiczny** — przejście barwika surowicy
„ **kłaczki lub siatka włóknikowa** — przejście fibrinogenu z krwi
Ilość ciałek: wzmożona znacznie (30—800)
leukocyty < limfocyty
Ilość białka: wzmożona (0,030—0,500 %)
Współczynnik białk.: niski, poniżej $^1/_3$ ($^1/_4$—$^1/_{10}$)

Nonne I.:+dopiero przy 0,070% białka **Weichbrodt: rzadko+; < Nonnego** Pandy: + Braun - Hussler: + (komplement)	**przewaga albumin** i pseudo globulin wskutek **przejścia białka surowiczego**

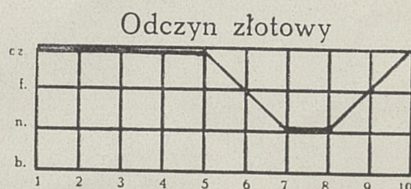
krzywa surowicza

Odczyn benzoesowy



krzywa surowicza

Odczyn złotowy



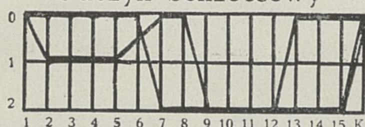
Próba Mestrezata: 0,0030—0,0080 % azot. **Ilość chlorków: 0,530—0,700%** **Ilość cukru: 0.060—0,100% lub** **zmniejszona: 0—0,040% (autoliza bakt.)**	**przepuszczalność opon wzmożona**

Wyniki badań przy poszczególnych schorzeniach.

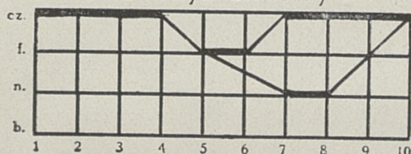
1. Gruźlicze zapalenie opon.
Wygląd: ksantochromja (33 %)
siatka włóknikowa (66 %)
K. ciałek. 30 — 300 zawsze wzmożona
Leukocyty 30 % (naogół)
Ilość białka 0,935 — 0,530 % zawsze wzmożona
Współczynnik białkowy: $^1/_3$—$^1/_7$
Nonne. + (80%) dopiero przy 0,070 % białka
Weichbrodt:—(rzadko +) < Nonnego
Pandy: +
Braun-Hussler. +

Prątki Kocha
+ (63 %)

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Przepuszczalność opon: 0,0030—0,0080% azotów
Ilość chlorków: 0,520—0,600 % (80%) } zawsze
0,600—0,680 % (20%) } obniżona
Ilość cukru: 0—0,050 % przeważnie obniżona
Wskaźnik peptolityczny: $^1/_{16}$—$^1/_{40}$ podwyższony.
Wa. (1,0 cm) + +(2 razy)

2. Późniejsze okresy zapaleń w czasie wyzdrowienia
3. Podostre zapalenie opon kiłowe (zwłaszcza u dzieci)
4. Stany zapalne „aseptyczne“ zwłaszcza Poliomyelitis anterior i Encephilitis epidemica.

Obraz podobny do men. tuberculosa
tylko:
1) inny zarazek lub brak go w płynie
2) Wskaźnik peptolityczny: normalny
3) Ilość chlorków powyżej 0,600 %
4) Ilość cukru: w zapal. aseptycznych wzmożona (0,060—0,100 %)
5) Przy podostrem zapaleniu kiłowem spotyka się krzywa złotowa podwójna luctyczno-surowicza.

z jednej strony wskazuje na ostrzejszy przebieg w stosunku do grupy poprzedniej, a z drugiej strony na wzmożoną przepuszczalność opon, gdyż wielojądrzaste leukocyty pochodzą wyłącznie z krwi; limfocyty mają tu jednak zawsze przewagę, czem znowu zespół ten różni się od następnego, ostrego zespołu zapalnego. Po drugie stwierdzamy w tym zespole wzmożenie ilości białka, które częściowo jest też z pewnością pochodzenia endogennego, mianowicie pochodzi z rozpadłych ciałek białych, którego jednak przeważna część jest pochodzenia egzogennego, t. j. jest przesączem z osocza krwi.

Można też wspomieć o jednym jeszcze objawie, powstałym w obrębie worka oponowego, mianowicie o obniżeniu ilości cukru, który ulega tu wchłanianiu w samym płynie przez bakterje i leukocyty.

Zespół ten charakteryzują jednak głównie objawy innego charakteru, mianowicie, charakteru egzogennego. Są to objawy wzmożonej przepuszczalności opon, które *Lange* nazywa jedną nazwą „objawy komunikacyjne". Wszystkie one dowodzą bowiem tylko tego samego: wzmożonej komunikacji między płynem a krwią. Z objawów tych tu występują najczęściej:

a) Zmiany w składzie ciał niebiałkowych płynu, głównie chlorków i cukru, powstałe wskutek wyrównania z zawartością tych ciał w krwi, która chlorków zawiera mniej, niż płyn m.-rdz. (mian. 0,600%) a cukru więcej (0,100%); W przypadku tym wystąpi więc obniżenie ilości chlorków w płynie do 0,600% i niżej a wzmożenie ilości cukru (do 0,100 i wyżej), o ile on nie zostaje wchłaniany w samym płynie w sposób wspomniany.

b) Objawy białkowe (wskazujące na znaczniejszy stopień przepuszczalności, niż objawy poprzednie), polegające na znacznej domieszce do białka płynu białka surowiczego, które różni się od pierwszego swym składem: przewagą albumin nad globulinami, wśród których to ostatnich prawie brak zupełnie euglobulin. Stąd współczynnik białkowy w płynie będzie tu niski $^1/_3$ do $^1/_{10}$, odczyn *Nonnego* będzie słaby w stosunku do ogólnej ilości białka, odczyn *Weichbrodta* będzie jeszcze słabszy lub nawet często ujemny, a zato często wystąpi dodatni odczyn *Braun-Husslera*, wskazujący na obecność ciała z grupy albumin, mającego własności biologiczne komplementu, a wreszcie wynik odczynów koloidalnych wypadnie w postaci strąceń przy wysokich rozcięńczeniach, w postaci krzywych koloidalnych po stronie prawej, (wskutek hamującego wpływu albumin w silnych koncentracjach płynu).

c) Objawy jeszcze znaczniejszej przepuszczalności w postac

przejścia do płynu z osocza ciał wysoko koloidalnych, jak fibrynogen, który, ścinając się, wytwarza delikatną siatkę włóknika w płynie (ew. kłaczki, lecz nigdy koagulację masową), i barwik plazmy (luteina), który powoduje ksantochromję.

d) Przejście do płynu różnych fermentów (do których nie należy jednak ferment peptolityczny, powstający w samym płynie (i różnych przeciwciał, znajdujących się w surowicy krwi, naprzykład hemolizyn) za wyjątkiem hemolizyny wzgl. własnych krwinek (dających odczyn *Weila-Kafki*). Tak samo mogą przejść u osób z przebytą kilą przeciwciała kiłowe, które u nich w krwi się znajdują i mogą powodować w płynie wprawdzie niezbyt silny, ale jednak dodatni odczyn *Wassermanna*, który wtedy nie świadczy wcale o kilowym charakterze danego schorzenia ośr. ukł. nerw;

f) Dodatni wynik prób na przepuszczalność opon: próby *Mestrezata*, przy której podnosi się ilość azotanów w płynie do 0,005 0,008, i próby *Waltera*, przy której otrzymano współczynnik przepuszczalności przeważnie poniżej 2,6.

Cały zespół przedstawia się więc jako kombinacja objawów zapalnych z objawami wzmożonej przepuszczalności. Zgadza się on, jak i zespół poprzedni, ze zmianami, stwierdzonemi przez różnych autorów przy schorzeniach tej grupy, oraz z wynikami prób wykonanych na przepuszczalność opon przez *Mestrezata, Hauptmana, Prusaka* i t. d.

Zespół ten występuje, jak powiedziałem na początku, głównie w gruźliczem zapaleniu opon, pozatem w późniejszych okresach zapaleń opon ropnych, w podostrej postaci kiłowego zapalenia opon oraz w niektórych zapaleniach opon t. zw. „aseptycznych", głównie występujących w przebiegu ostrego zapalenia rogów poprzednich oraz zapalenia mózgu nagminnego.

III. Grupa schorzeń, charakteryzująca się ostrem (ropnem) zapaleniem opon. (Tabl. 7).

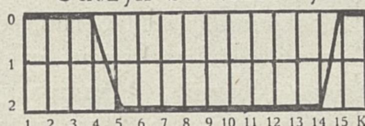
W przeciwieństwie do grup poprzednich, mamy tutaj do czynienia z ostremi, t. j. ropnemi stanami zapalnemi opon; to też domieszka ropy do płynu jest główną charakterystyczną cechą całego zespołu objawów tej grupy. Ropa, jak wiadomo z patologji ogólnej, przedstawia się jako żółtawa gęsta ciecz, składająca się z leukocytów wielojądrzastych, znajdujących się zwykle w stanie rozkładu, oraz produktów ich rozpadu. Domieszka jej do płynu daje się zauważyć już makroskopowo, gdyż płyn taki niema swego normalnego wyglądu przezroczystego, ale jest mniej lub więcej mętny, zależnie od stopnia domieszki ropy, nieraz nawet gęsty podobnie do wydzieliny ropnej,

TABLICA. 7.

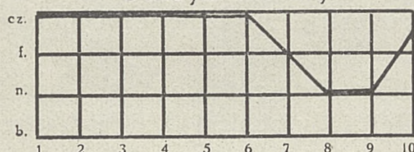
III Grupa: schorzenia charakteryzujące się ostrym stanem zapalnym opon (z zaburzeniem ich przepuszczalności) czyli ostrym zespołem zapalnym.

Ciśnienie: **silnie wzmożone** (500—1000).
Wygląd: **ropny** (lekko mętny lub gęsty), często ksantochromiczny.
Ilość ciałek: **b. silnie wzmożona** (do powyżej 1000). Przewaga **leukocytów nad limfocytami.** Zwykle ciałka rozpadające się.
Bakterje: **przeważnie stwierdza** się w osadzie lub na pożywkach.
Ilość białka: **silnie wzmożona** (powyżej 500)
Współczynnik białkowy: 1/3—1/7.

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Przepuszczalność opon: wzmożona (0,0030 — 0,0080% azotanów)
Ilość chlorków: 0,600—0,700% } **zmniejszone**
Ilość cukru: 0—0,040% }
Wskaźnik peptolityczny: normalny.

Wyniki przy poszczególnych schorzeniach:

1. **Meningitis epidemica:** powyższy zespół i meningokoki **Weichselbauma** w osadzie lub na pożywkach
2. **Meningitis pneumococcica** „ „ i pneumokoki **Frenkla** przeważnie w osadzie w dużej ilości
3. **Meningitis streptococcica** „ „ i streptokoki przeważnie w osadzie
4. **Meningitis staphylococcica** „ „ i stafilokoki rzadko w osadzie, natomiast na pożywkach
5. **Meningitis typhosa** „ „ i laseczniki **Eberta** często w osadzie, zawsze na pożywkach
6. **Meningitis gripposa** „ „ i laseczniki **Pfeiffera** nigdy prawie w osadzie, lecz na pożywkach

i inne postacie zapaleń opon ropnych

7. **Ropień mózgu otwarty do opon:** ten sam obraz i odpowiedni zarazek.

przyczem wycieka z igły nawet mimo wysokiego ciśnienia powoli. Pozatem płyn nierzadko ma barwę żółtą i to albo z powodu domieszki barwika plazmy albo też z powodn towarzyszących sprawie ropnej drobnych krwotoków. Mikroskopowo (na preparatach z osadu po wirowaniu płynu lub wprost z kropli płynu niewirowanego) stwierdza się domieszkę ropy w postaci olbrzymiej ilości leukocytów wielojądrzastych, przyczem domieszka limfocytów zwłaszcza w stadjach początkowych jest minimalna. Leukocyty te są prawie zawsze mniej lub więcej zmienione, t. j. w stanie rozpadu, za wyjątkiem przypadków bardzo rzadkich zapalenia ostrego opon „aseptycznego". Jako cechę charakterystyczną należy dalej wymienić obecność częstą i w dużej ilości zarazka patogenicznego w płynie, który przeważnie daje się stwierdzić na zwykłym preparacie z osadu. Opierając się na rodzaju tego zarazka możemy przeprowadzić różniczkowanie pomiędzy poszczególnemi postaciami zapaleń ropnych. Zresztą objawy tej grupy są identyczne z objawami grupy poprzedniej, a mianowicie występuje tu cała kategorja objawów komunikacyjnych. Zatrzymam się więc bliżej jedynie na trzech z nich, które przedstawiają w grupie tej pewne osobliwości:

1) ilość białka jest przeważnie ogromnie wzmożona (powyżej 0,200%;

2) ilość chlorków jest obniżona, lecz nie tak nisko jak przy mening. tbc. (prawie nigdy poniżej 0,600%; *Mestrezat, Nowicka*);

3) ilość cukru jest tutaj zawsze obniżona, a często brak go zupełnie.

Stopień tego zmniejszenia ilości cukru wraz z formułką ciałek białych (stosunkiem wielojądrzastych do limfocytów) oraz ilość bakterji i ew. ilość białka—wszystkie te objawy mają przy tych sprawach duże znaczenie nietylko diagnostyczne, lecz i prognostyczne. A mianowicie: zjawienie się cukru, znaczniejsza ilość limfocytów, zniknięcie bakterji i zmniejszenie ilości białka są znakiem prognostycznie dobrym, wskazującym na uspokojenie się procesu zapalnego. Na odwrót nieobecność cukru, obecność prawie wyłączna leukocytów, wzmożenie ilości bakterji i białka wskazują na zaostrzenie procesu zapalnego.

Z punktu widzenia prognostycznego należy właściwie rozróżnić 4 przypadki:

1) polepszenie — zjawienie się cukru i limfocytów, znikanie bakterji;

2) nawrót — znikanie cukru, wyłącznie leukocyty rozpadłe, wzmożenie ilości bakterji i ilości białka;

IV. Grupa: schorzenia, hamujące cyrkulację płynu i charakteryzujące się z tego powodu zastojem w niższych częściach kanału kręgowego czyli **Zespołem zastoinowym**

Ciśnienie: wzmożone znacznie (ponad 500) lub zmniejszone

Wygląd: często ksantochromiczny — przejście barwika surow. } zespół Froin'a
czasem koagulacja — przejście fibrinogenu z krwi

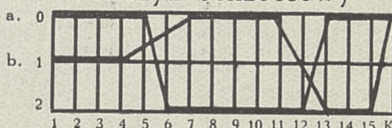
Ilość ciałek: normalna lub nieznacznie zwiększona } zespół Sicard-Nonnego
Ilość białka: silnie zwiększona (ponad 0,150%)

Współczynnik białkowy $^1/_2$—$^1/_4$
Nonne I: +
Weichbrodt: rzadko+; <Nonnego
Pandy: +
Odczyn Adlera na krew: —
} **przewaga albumin wskutek przejścia białka surowiczego**

Odczyn benzoesowy

a. zwykła postać

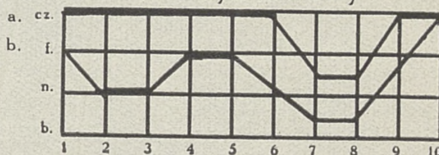
b. przy ksantochromji lub znacznem białku.



Odczyn złotowy

a. krzywa surowicza

b. krzywa podwójna



Próba Mestrezata: 0,010 — 0,040% przeważnie normalnie
Ilość chlorków 0,670-0,740% obniżona lub normalna
Ilość cukru: 0,050-0,100% normalna lub **wzmożona** (często b. silnie)
} **brak często w chwili obecnej wzmożenia przepuszczalności**

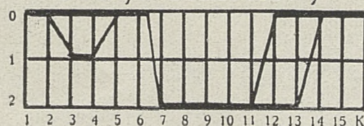
Wyniki przy poszczególnych schorzeniach.

1. **Guzy a w szczególności Nowotwory rdzenia i mózgu**

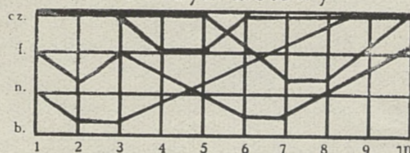
w 40% zespół zastoinowy (zwłaszcza n. rdzenia i tylnej jamy czaszkowej)
w 60% zespół congestion meningée (zwłaszcza n. mózgu)
Ciśnienie: 280—500, 500—800 } wzmożone (50 %)
Wygląd: ksantochromja (16 %)
Ilość ciałek: 0,5—12 normalna (lub l. wzmożona)
Ilość białka: 0,025—0,040 (35%), 0,040—0,550 (65%) } wzmożona
} zespół Sicard-Nonne (w 40%)

Nonne I: + (40%) dopiero przy 0,130% białka.
Weichbrodt + (30%) < Nonnego
Pandy: + przeważnie
} przewaga albumin

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Ilość chlorków. 0,670—0,702 (w 50%), 0,712—9,740 (w 50„)
Ilość cukru: 0,050—(w 50%), 0,080—0,100 (w 50„)
} zmiany w składzie ciał niekoloidalnych w 50%

2. **Meningomyelitis acuta:**
Zespół zastoinowy, tylko ze znaczną pleocytozą, ew. zmniejszeniem cukru.

3. **Meningomyelitis syphilitica i kilaki rdzenia.**
Zespół zastoinowy, i ew. pleocytoza i Wassermann +.

4. **Meningitis spinalis circumscripta:**
Zespół zastoinowy i ew. lekka pleocytoza.

5. **Malum Potti, złamania kręgosłupa: ect.**
Zwykły zespół zastoinowy.

3) reakcję anafilaktyczną opon na wstrzykniętą surowicę stwierdza się wtedy z jednej strony wzmożenie ilości białka i dużą ilość leukocytów, jednak nierozpadłych, z drugiej zniknięcie bakterji i zjawienie się cukru;

4) nową lokalizację sprawy chorobowej w otorbionej okolicy opon lub w komorach mózgu płyn lędźwiowy prawie przezroczysty, lub mało mętny, wykazujący osłabienie wszystkich objawów, zwłaszcza brak bakterji, pomimo pogorszenia objawów klinicznych, podczas gdy płyn wzięty z miejsca lokalizacji sprawy zapalnej wykazuje wszystkie objawy ostrego zapalenia w wybitnym stopniu.

Streszczając zatem, można zespół ten określić jako makroskopowy i mikroskopowy obraz domieszki do płynu ropy, która jest wyrazem silnego natężenia zapalenia opon, z dołączeniem całej grupy objawów komunikacyjnych i to w silnym stopniu.

Zespół ten t. j. ostry zespół zapalny charakteryzuje wszystkie zapalenia ropne opon, jakiejkolwiek są one genezy, oraz ropnie mózgu, otwarte do worka oponowego.

IV. Grupa schorzeń, wywołujących zahamowanie cyrkulacji płynu i połączony z niem zastój płynu. (Tabl. 8).

Grupa należących tu schorzeń nie przedstawia się klinicznie jako grupa jednolita, gdyż z jednej strony charakteryzujący ją zespół, który nazwałem (opierając się na terminie użytym przez Lange'go: „Liquorstase") zespołem zastoinowym, może występować przy całym szeregu różnych schorzeń, nawet przy niektórych ze schorzeń wymienionych w grupach poprzednich, z drugiej strony przy wszystkich tych schorzeniach występuje nie zawsze. Grupa ta została wyodrębniona na zasadzie założeń funkcjonalno-patogenetycznych, mianowicie charakteryzujący ją zespół obejmuje zmiany płynu m—rdz., powstałe wskutek zastoju w krążeniu płynu i krwi w splotach żylnych kanału kręgowego, wywołanego przez proces chorobowy, zamykający komunikację między jamą czaszkową a kanałem kręgowym. Zapora ta musi bowiem powodować zatrzymanie omówionych wyżej rytmicznych ruchów płynu między jamą czaszkową a kanałem kręgowym, wskutek czego znika też siła wypróżniająca żyły tego kanału. Powstaje w nich zastój i połączony z nim przesącz osocza do płynu, ułatwiony dzięki wzmożonej przepuszczalności opon, rozciągniętych przez nabrzmiałe żyły. Cały ten proces odbywa się w odcinku worka oponowego poniżej zapory, który słusznie nazwali francuzi: „cavité close".

Zarówno powstawanie tego procesu, jak i odpowiadający mu zespół objawów, bywają przeważnie u różnych autorów przedstawione w sposób bardzo niejasny, mimo że dzięki pracom *Mestrezata* a zwłaszcza *Lange'go* sprawa ta jest wystarczająco wyjaśniona, Ci ostatni autorzy ograniczają natomiast zbytnio zespół objawów wskazujących na ten proces. Raz zatem jeszcze należy podkreślić, jak to robi *Lange*, fakt, że momentem istotnym nie jest ucisk (kanału kręgowego), ale zahamowanie krążenia—zastój, który może powstać i bez ucisku, naprzykład przez zrosty zapalne między obiema blaszkami opon miękkich. Pozatem zwracam uwagę, że objawami tego zastoju nie są wyłącznie ksantochromja i koagulacja płynu, jak można wnioskować z opisu *Langego* i *Mestrezata*, lecz cała kategorja objawów komunikacyjnych, dowodzących wzmożonej przepuszczalności opon, która nie jest tu jednak wywołana przez stan zapalny, jak w dwuch poprzednich grupach, lecz nastąpiła jedynie wskutek mechanicznego rozciągnięcia opon, rozciągnięcie to trwa do chwili wyrównania ciśnienia między zajętym odcinkiem worka oponowego a żyłami. Proces ten nie wywołuje zatem w płynie wcale objawów zapalnych.

Zespół zastoinowy w płynie sprowadza się w ten sposób do objawów następujących:

1) do znacznego wzmożenia (ponad 500 często) lub znacznego obniżenia (poniżej 80) ciśnienia, które w każdym przypadku szybko spada prawie do 0;

2) do znacznego wzmożenia ilości białka (i to egzogennego) przy braku (lub śladzie) pleocytozy, więc pewnego wyraźnego niestosunku między temi dwoma objawami, zwanego dysocjacją białkowo-cytologiczną lub zespołem *Sicard'a-Nonnego*;

3) do przejścia z osoczą, prócz białka, ciał wysoko-koloidalnych: barwika plazmy i fibrynogenu, przez co powstają: ksantochromja (bez dodatniego odczynu na hemoglobinę) i koagulacja płynu (bez siatki włóknika)—dwa objawy, tworzące razem t. zw. zespół *Froin'a;*

4) do zmian w składzie ciał nie białkowych w postaci obniżenia ilości chlorków i znacznie tutaj ważniejszego objawu: wzmożenia ilości cukru, gdyż objawem tym różni się również rozpatrywany tu zespół zastoinowy od stanów zapalnych egzogennych, w których, jak wiadomo, ilość cukru często jest obniżona.

Nie mówiąc o zmianach ciśnienia, którego badanie zwłaszcza w pozycji siedzącej daje wyniki niepewne, najczęstszym z wymienionych objawów jest dysocjacja białkowo-cytologiczna, bez której nie można rozpoznać zespołu zastoinowego. Rzadziej zdarza się

TABLICA 9.

V Grupa: schorzenia, połączone z krwotokami, więc charakteryzujące się (zwłaszcza przy krwotokach do opon miękkich i komór).

Zespołem Krwotocznym.

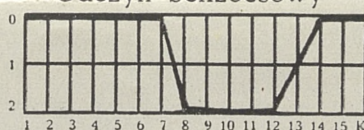
Okresy: I. (1—2 dzień II. (2—10 dzień) III. (10—25 dzień)

Składniki krwi (krwinki i surowica w stanie niezmienionym w płynie	Resorpcja i rozpad krwinek. Resorpcja białka surowicy (do 6 dnia)	Resorpcja hemoglobiny. Odczyn zapalny opon
Ciśnienie: wzmożone (nieraz silnie)	(naogół) normalne	l. wzomżone
Wygląd: żółtoopalizujący; po wirowaniu: przezroczysty	**ksanto — (erytro) — chromiczny**	**lekko ksanto-chromiczny**
Krwinki: niezmienione i w dużej ilości	**rozpadłe** w nieznacznej ilości	**Brak**
Ilość ciałek białych: wzmożona 1:500 czerw.	wzmożona silnie	wzmożona
Rodzaj ciałek: limfocyty i leukotycy	**gł. leukocyty wielojądrzaste**	**gł. monocyty i limfocyty pożerające** hemoglobinę jako odczyn zapalny
Ilość białka: wzmożona w st. do il. krwinek	**lekko wzmożona** (do 6 dnia)	lekko wzmożona
Ilość cukru: zmniejszona	**wzmożona**	**wzmożona**
Ilość chlorków zmniejsz.	zmniejszona	zmniejszona
Odczyn Adlera (na krew): **słabo +** (po wirowaniu)	**silnie +**	**słabo +**
Odczyn autohemolityczny Bard'a:	silnie +	słabo +

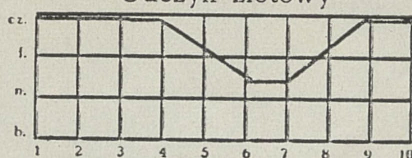
Nonne I : — (ew. słabo +)
Weichbrod: + (hemoglobina)
Pandy: ± (ew. +)
Braun Hussler: +

} przejście białka surowiczego i hemoglobiny

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Wyniki przy poszczególnych schorzeniach.

1. **Sprawy urazowe ośr. ukł. nerw.**
2. **Miażdżyca** „ „ „ w postaci:

Krwotoki przeważnie jednorazowe
Krwotok do opon miękkich i komór: zespól powyższy
„ do substancji nerwowej: brak krwinek, a tylko ksantochromja, odczyn na krew + i objawy zapalne (limfocyty i wzmożenie białka)

3. **Nowotwory** (rozpadające się)

kilkakrotnie obraz starego nieznacznego krwotoku: lekka ksantochromja, nieznaczna ilość krwinek, wzmożenie ilości cukru, nieznaczne wzmożenie białka z lekką krzywą surowiczą.

4. **Pachymeningitis hemorrhagica:** Brak krwinek, natomiast reszta objawów zespołu krwotocznego może być silnie rozwinięta.

ksantochromja, która wymaga większego wzmożenia przepuszczalności opon. Najrzadziej bywa koagulacja spontaniczna, gdyż przejście fibrynogenu do płynu w ilości wystarczającej, aby mogła ona wystąpić samoistnie, spotyka się tylko przy bardzo znacznych zastoinach. W razie istnienia dwóch pierwszych objawów udaje się nam jednak zwykle fibrynogen w płynie wykazać, przez dodanie do płynu fibrynofermentu i wywołanie tem samem sztucznej koagulacji. Co do zmian ilościowych chlorków i cukru, to nie zawsze dają się one w chwili badania stwierdzić, gdyż przepuszczalność opon mogła do tej chwili powrócić do normy. Z tego też powodu badanie funkcjonalne na przepuszczalność opon wypada w przypadkach tych dodatnio jedynie tylko przy użyciu metody czułej, a mianowicie bromowej (Prusak i Prusakowa). Przy użyciu metody azotanowej wypada ona przeważnie ujemnie. *(Lange).* Nie jest to jednak w sprzeczności z obecnością w płynie dużej ilości białka surowiczego, fibrynogenu i luteiny, gdyż są one pozostałościami wzmożenia przepuszczalności opon, które istniało poprzednio, przyczem pozostałości te nie wyrównywują się tak łatwo, jak zmiany ciał niekoloidalnych. Zaznaczę wreszcie na zakończenie, że z powodu egzogennego pochodzenia wzmożonej ilości białka, odczyny globulinowe wypadają stosunkowo słabo, a krzywe koloidalne mają typ surowiczy (po stronie prawej). Czasem znowu występuje t. zw. krzywa podwójna z maximum po stronie lewej i drugiem po stronie prawej, którą można by wytłumaczyć działaniem dwóch sprzecznych czynników: z jednej strony przewagą albumin nad globulinami, a z drugiej obecnością wśród globulin gruboziarnistego fibrynogenu.

W krótkości można zespół ten ująć jako grupę objawów komunikacyjnych, wśród których przeważają białkowe, przyczem brak objawów zapalnych.

Występuje on najczęściej przy następujących schorzeniach: guzach rdzenia lub tylnej jamy czaszkowej, poprzecznych zapaleniach rdzenia i jego opon, ograniczonem zapaleniu opon rdzeniowych (meningitis spinalis circumscripta) oraz przy schorzeniach kręgosłupa, wywołujących ucisk na kanał kręgowy, z których najczęstszem jest próchnica kręgów na tle gruźliczem.

V. *Grupa schorzeń, charakteryzujących się krwotokami do worka oponowego wzgl. do komór.* (Tabl. 9).

Grupa ta, jak i poprzednia, oparta jest na zasadach funkcjonalno-patogenetycznych, cechuje się zespołem zmian w płynie, wskazujących na krwotok, który miał miejsce do przestrzeni podopono-

wej lub do komór, zmian nie zawierających jednak żadnych danych co do przyczyn tego krwotoku, o których można się przekonać jedynie na zasadzie zmian dodatkowych (zapalnych, swoistych lub innych) lub obrazu klinicznego. Często jednak stwierdzenie samego tylko zespołu krwotocznego w płynie bez żadnych innych zmian daje prawie gotowe rozpoznanie dla pewnego obrazu klinicznego, przed badaniem płynu jeszcze niejasnego. Zdarzało się to np. w naszej klinice w dwóch przypadkach miażdżycy mózgu po udarze, w których rozważano możliwość porażenia postępującego lub kiły mózgu. Dalej *Lange* twierdzi, że nieraz nowotwory mózgu, naprzykład glejaki, nie dają żadnych innych objawów w płynie, prócz czystego zespołu dawnego nieznacznego krwotoku, który ma być dla nich do tego stopnia charakterystyczny, że przy wykluczeniu klinicznem krwotocznego zapalenia opony twardej można na jego podstawie wprost stawiać rozpoznanie nowotworu, zwłaszcza jeżeli ten sam zespół stwierdza się kilkakrotnie.

Stwierdzenie tego zespołu napotyka jednak nieraz na znaczne trudności. Popierwsze, zmiany przy słabym krwotoku są tak nieznaczne, że bardzo łatwo można je przeoczyć, po drugie bardzo często zachodzą choć nieznaczne krwotoki sztuczne podczas punkcji, które mogą całkowicie zacierać obraz krwotoku istotnego. Należy zatem poznać zespół krwotoczny w płynie, i zmiany, którym on ulega, w zależności od okresu czasu, jaki od chwili krwotoku upłynął, oraz główne cechy, wyróżniające ten zespół od obrazu krwotoku przypadkowego.

Zacznę od omówienia dokładnego ostatniego punktu; wprawdzie bywa on omawiany w każdem prawie dziele o badaniach płynu, przedstawienie go nie zawsze jednak jest wystarczające. Cechami głównemi krwotoku sztucznego, w tym wypadku domieszki do płynu normalnego krwi ze zranionego podczas nakłucia naczynia są:

1) Podczas samej punkcji daje się zauważyć wyciekanie płynu z nierównomierną i niejednostajną domieszką krwi, najczęściej w postaci paru kropel czerwonych na samym początku, podczas gdy później płyn staje się coraz jaśniejszy. Poleca się zatem w przypadkach podobnych zmieniać probówkę kilkakrotnie, żeby choć w ostatniej otrzymać płyn czysty, oraz zapisać sposób wyciekania płynu podczas punkcji, nie zadawalniając się stwierdzeniem jego wyglądu ogólnego po skończonej punkcji.

2) Często wytwarza się w takim płynie, po jego wydobyciu, skrzep czerwony. Dowodzi to obecności dużej ilości fibrynogenu pochodzącego ze świeżej niezmienionej krwi.

3) Wygląd płynu bywa mętny, raczej opalizujący, o barwie czerwonej lub żółtej, ale nie przezroczysty.

4) Płyn podobny jest po wirowaniu bezbarwny, przyczem na dnie probówki zostaje czerwony osad.

5) W płynie wirowanym występuje zawsze ujemny odczyn na hemoglobinę oraz ujemny odczyn autohemolityczny *Bard'a*, co dowodzi, że w płynie niema ani rozpuszczonej hemoglobiny ani hemolizyny względem własnych krwinek.

6) Na preparacie z osadu oraz w komorze do liczenia w razie natychmiastowego wykonania tych badań znajdujemy ciałka czerwone w stanie niezmienionym.

7) Ilość i rodzaj ciałek białych odpowiada stosunkom normalnym, panującym w krwi (1 białe ciałko na 500 czerw.), o ile, naturalnie, nie mamy do czynienia z płynem patologicznym (zapalnym).

Bardzo świeży krwotok istotny (niezależny od nakłucia), który miał miejsce dwa dni przed punkcją lub mniej, daje obraz nieco podobny do wyżej opisanego, jedynie wypływ płynu podczas punkcji prawie zawsze jest jednostajny. Różniczkowanie w tych razach jest bardzo trudne. W praktyce jednak przypadki takie zachodzą rzadko, gdyż punkcję robi się zwykle przynajmniej parę dni po krwotoku, kiedy odczyn hemolityczny płynu się już rozpoczął. Będziemy wtedy mieli objawy wręcz przeciwne, niż przy krwotoku sztucznym.

1) Płyn wypływa jednostajnie i równomiernie krwisty: mętny albo już przezroczysty;

2) nigdy po punkcji nie powstaje skrzep w probówce;

3) po wirowaniu płyn, poprzednio żółty lub czerwony, staje się wprawdzie przezroczysty, nie traci jednak nigdy swego koloru, lecz zatrzymuje zawsze conajmniej pewną ksantochromję;

4) płyn po wirowaniu (nawet bezbarwny) daje odczyn na hemoglobinę i często odczyn autohemolityczny *Bard'a*;

5) krwinki na preparacie z osadu są zmienione co do swego kształtu i własności barwienia się oraz często nie zawierają barwika wcale;

6) ilość i rodzaj białych ciałek różni się od stosunków, panujących w krwi, wzmożoną ilością różnego rodzaju ciałek białych: limfocytów, a zwłaszcza leukocytów wielojądrzastych i makrofagów.

Wśród wyliczonych tu najważniejszych objawów zespołu krwotocznego obecność krwinek ma znaczenie przeważnie tylko w razie wykluczenia możliwości krwotoku sztucznego. Natomiast hemoglobina rozpuszczona, objawiająca się w postaci czerwonego lub żół-

tego zabarwienia płynu albo też jedynie dodatniego odczynu chemicznego (*Adler'a, Fleig'a* i t. d.), odczyn autohemolityczny *Bard'a* oraz objawy hemolizy, stwierdzone pod mikroskopem w postaci rozpadu krwinek i dużej obecności ciałek białych, są bezwzględnemi objawami krwotoku istotnego.

Jak już wspomnieliśmy, zespół krwotoczny jest zespołem ewolucyjnym, a więc zmienia się stale w zależności od tego, ile czasu upłynęło od samej chwili krwotoku.

Odróżniać tu zatem musimy cały szereg procesów:

1) przejście przez opony, których ciągłość w jednem miejscu została mechanicznie przerwana, wszystkich składników krwi do płynu;

2) wchłanianie składników niekomórkowych t. j. wszystkich składników osocza, zakończone w ciągu 5 dni;

3) wchłanianie ciałek czerwonych i częściowy ich rozkład w samym płynie z wystąpieniem wolnej hemoglobiny, zakończone w ciągu 11 dni;

4) wchłanianie hemoglobiny lub przemiana jej na inne barwiki (między innemi bilirubinę), zakończone po 22 dniach;

5) odczyn ze strony opon, najpierw fagocytarny (leukocyty i duże komórki jednojądrzaste), a później przewlekło-zapalny w postaci lekkiej limfocytozy ze wzmożeniem białka, zakończony zwykle też po 3—4 tygodniach.

Procesy te znajdują swój wyraz także w zmianach ilości cukru, która przez pierwsze 2 dni jest zmniejszona, a potem wzmożona.

Dodać przytem należy, że procesy te zwykle nie następują jeden po drugim, lecz częściowo odbywają się jednocześnie. Niemniej dla uproszczenia cały czas, w ciągu którego można stwierdzić w płynie objawy krwotoczne, można podzielić na 3 okresy (Tabl. 9):

I. okres, charakteryzujący się obecnością krwinek nierozpadtych i zmniejszeniem ilości cukru, trwający 2 dni;

II. okres, podczas którego odbywa się wchłanianie składników osocza i eliminacja krwinek, wzgl. ich rozpad, zakończony po 11 dniach, charakteryzujący się obecnością krwinek rozpadłych i hemoglobiny wolnej, pozatem obecnością leukocytów wielojądrzastych oraz wzmożeniem ilości cukru;

III. okres, charakteryzujący się rozkładem i wchłanianiem hemoglobiny, przy którym biorą głównie udział duże komórki jednojądrzaste, oraz odczynem zapalnym opon limfocytarno-białkowym,

a pozatem zwiększeniem ilości cukru (jak i II okres), zakończony po 22 dniach.

Czas trwania wymienionych objawów krwotocznych w płynie nie daje się określić zupełnie dokładnie zwłaszcza, że odczyn limfocytarno-białkowy ze strony opon może trwać nieco dłużej, niż 22 dni. Tak samo pod koniec III-go okresu odczyn na hemoglobinę nie może być już wskaźnikiem pozostałości krwotocznych, gdyż płyn nawet jeszcze lekko ksantochromiczny może już nie dawać tego odczynu z powodu przejścia hemoglobiny w bilirubinę, i to jedynie daje się stwierdzić (odczyn *Gmelina*). Naogół jednak można twierdzić, że po upływie jednego miesiąca nie spotykają się już żadne ślady krwotoku. Wynika z tego wszystkiego, że na zasadzie zmian w płynie możemy stwierdzić nietylko fakt krwotoku i jego intensywność, lecz również czas, w którym krwotok wystąpił, oraz jego jednorazowość czy kilkakrotność (kombinacja objawów starego i świeżego krwotoku).

Ponieważ krwotok przedstawia przerwanie przegrody między krwią a płynem, objawy jego nosić będą także charakter egzogenny, podobnie do 3-ch zespołów poprzednich. Będziemy więc tutaj mieli do czynienia z przewagą albumin, krzywemi koloidalnemi po stronie prawej, nieraz zmniejszeniem się ilości chlorków i wspomnianem już zwiększeniem ilości cukru oraz z przejściem wszelkich biologicznie czynnych ciał z surowicy. Ten ostatni proces tłumaczy nam spotykający się często w tych przypadkach dodatni odczyn *Wassermanna* (nie specyficzny), przyczem odczyn ten w krwi może wypaść ujemnie, tak że chodzi tu nietylko o przejście przeciwciał kiłowych, zawartych w krwi, do płynu, lecz również o działanie różnych nieswoistych substancji na wynik tego odczynu. Drugą osobliwością dodatkową tego zespołu, który może często wprowadzić w błąd, jest prawie zawsze występujący silny odczyn *Weichbrodtá* (często przy ujemnym odczynie *Nonnégo*). Odczyn ten należy jednak przypisać w tym przypadku obecności hemoglobiny, która, nie będąc wprawdzie globuliną, daje jednak ten odczyn i to już w stosunkowo słabych stężeniach (hemoglobina jest chromoproteidem, składającym się z istoty barwnej — hematyny, i istoty białkowej z grupy histonów — globiny).

Zespół krwotoczny spotyka się przy wszelkich schorzeniach, przy których występują krwotoki do worka oponowego, lub do komór mózgu, więc przy miażdżycy ośr. ukł. nerw., przy sprawach urazowych. Lżejsze zmiany krwotoczne spotykają się także przy zapaleniu krwotocznem opony twardej i przy nowotworach ośr. ukł. ner.

VI. Grupa schorzeń, przy których zmiany w płynie są wyrazem jedynie wtórnego podrażnienia opon (wzgl. splotów naczyniastych). (Tabl. 10).

W tej grupie, jednej z największych, połączyłem wszystkie organiczne schorzenia ośr. ukł nerw., które dają w płynie obrazy zmian słabe i nie charakterystyczne, wynikające bowiem nie z samego procesu zachodzącego w układzie nerwowym, lecz mniej lub więcej intensywnego podrażnienia opon (czasem i splotów naczyniastych), noszącego zawsze ten sam charakter, zupełnie niezależny od schorzenia, które to podrażnienie wywołało. Zespół w płynie przedstawia się tu bowiem zawsze w postaci lekkiego lub średniego odczynu zapalnego z objawami odpowiednio wzmożonej przepuszczalności opon. Niema wyraźnej granicy między tym zespołem, a obrazem podostrego „aseptycznego" zapalenia lekkiego stopnia, omówionego w II grupie, które przedstawia także reakcję opon na proces zapalny w ich sąsiedztwie, tylko bardziej intensywną. Charakter egzogenny zmian występuje w zespole podrażnienia opon tem wyraźniej, im zmiany wogóle są silniejsze. Niemniej zespół ten różni się od wszystkich dotychczasowo opisanych zespołów dobrze rozwiniętych, gdyż nie zawiera charakterystycznych dla nich objawów: 1. ani silnych odczynów globulinowych lub wybitnych krzywych koloidalnych zespołu zapalnego endogenicznego, 2. ani wybitnego obniżenia chlorków lub siatki fibrynowej, zespołu zapalnego egzogennego, 3. ani wybitnego wzmożenia ilości leukocytów, lub obniżenia ilości cukru, zespołu zapalnego ostrego, 4. ani koagulacji, ksantochromji lub wyraźnej dyssocjacji białkowo — cytologicznej zespołu zastoinowego, 5. ani krwinek czerwonych, zabarwienia czerwonego lub żółtego, dodatniego odczynu na hemoglobinę i autohemolizynę zespołu krwotocznego.

Od zespołów grup poprzednich zespół ten jest więc odgraniczony wyraźnie jakościowo przez brak charakterystycznych dla tamtych objawów, ilościowo przez słabe natężenie zmian spotykanych w płynie przy schorzeniach tej grupy. Zmiany te polegają:

1) na wzmożeniu ilości białka, najwyżej do 0,040%, któremu może towarzyszyć słabo dodatni odczyn *Pandy'ego* i niezbyt silna i lekko w prawo przesunięta krzywa złotowa (białko częściowo surowicze);

2) na lekkiem wzmożeniu limfocytów, najwyżej do 15 ciałek w 1 cm., które jednak nie jest zjawiskiem stałem;

3) na niezbyt stałem obniżeniu ilości chlorków i wzmożeniu ilości cukru, będących wyrazem zaburzonej przepuszczalności opon.

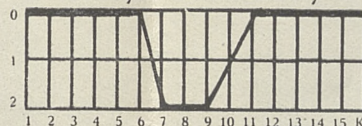
Próba *Mestrezata* na przepuszczalność opon w tym zespole

VI. Grupa: schorzenia, przy których zmiany w płynie są wyrazem jedynie niecharakterystycznego wtórnego podrażnienia opon (wzgl. splotów naczyniastych).

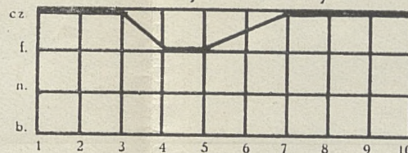
w postaci **Zespołu wtórnego podrażnienia opon lub splotów naczyniastych.**

Ciśnienie: wzmożone czasem znacznie (— congestion meningée) **lub normalne.**
Wygląd: przezroczysty bezbarwny.
Ilość ciałek: normalna lub lekko wzmożona
Ilość białka: l. wzmożona
Współczynnik białkowy $1/3$
Nonne I: — (ew. ±)
Weichbrodt: — (ew. ±)
Pandy: ± (ew. +)
} pewna przewaga albumin i pseudoglobulin

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



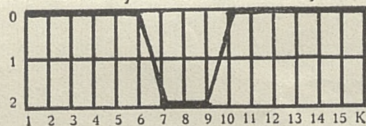
Ilość chlorków: (zwykle obniżona lekko)
Ilość cukru: (zwykle wzmożona lekko)
} **Przepuszczalność opon lekko wzmożona**

Wyniki przy poszczególnych schorzeniach.

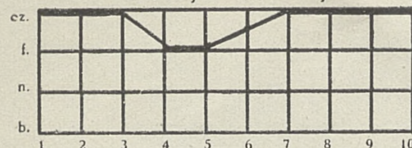
1. **Nowotwory i inne guzy** (zwl. mózgu) jeżeli nie dają zespołu zastoinowego lub krwotocznego
2. **Miażdżyca ośr. ukł. nerw.** (bez krwotoku do opon lub komór)

Ciśnienie wzmożone (do 500) (20%)
Ilość ciałek: 0,5—3 (75%) } l. wzmoż
4—6 (25%) } w 25%
Ilość białka. norm. 12% } l. wzm.
0,025—0,040% (88%) } w 25%
Nonne: — (ew. +)
Weichbrodt: — } zawsze ujemne
Pandy: — (ew +)

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Ilość chlorków: 0,690—0,740%
Ilość cukru: 0,050—0,100„

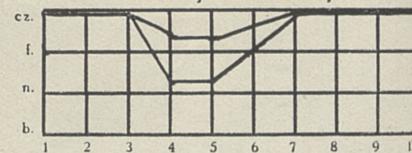
3. **Sprawy urazowe ośr. ukł. nerw.** zwłaszcza Commotio cerebri (za wyjątkiem krwotoków lub zapaleń opon)
(w 20 % Płyn normalny)
Ilość ciałek: 0,5—4
Ilość białka: 0,025—0,033 %
Odczyn benzoesowy } słabe krzywe
Odczyn złotowy } przesunięte w pr.
Ilość chlorków: obniżona lekko (20%)
Ilość cukru: wzmożona (20 %)
4. **Stan po zapaleniu mózgu.**
Ilość ciałek: **normalna** lub
Ilość białka: **normalna**
l. wzmożona do 0,0035 (33 %)
Nonne:
Weichbrodt } —
Pandy: (+)
Odczyn benzoesowy } słabe krzywe
Odczyn złotowy } przesunięte w pr.
Ilość chlorków: } normalna lub nie-
Ilość cukru: } znacznie zmieniona

5. **Padaczka (Epilepsia genuina).**
Ciśnienie: wzmożone do 500 (10%)
Ilość ciałek: normalna (90%)
Ilość białka: wzmożona 0,025—0,050 (80%)
normalna (20%)
80% Nonne: ± (rzadko +)
Weichbrodt: —
Pandy: — do +

Odczyn benzoesowy



Odczyn złotowy



Ilość chlorków: zmniejszona 0,670--0,702 (50%)
normalna 0,713--0,740 (40„)
zwiększone 0,740--0,780 (10„)
Ilość cukru normalna lnb wzmożona.

6. **Alcoholimus chronicus.** (zwłaszcza delirium tremens)
Ilość białlka wzmożona do 0,033%
przytem ew. chlorki zmiejsz. do 0,67 }

Pozatem zespół ten otrzymuje się przy:
7. **Poliomyelitis anterior acuta.**
8. **Sclerosis. lat. amyotophica**
9. **Polyneuritis.**
10. **Ischias.**
11. **Chorea.**

Uwaga: przy syringomyelii i atrophia musculorum progressiva (Charcot-Marie) otrzymaliśmy płyn normalny.

jest prawie zawsze ujemna, natomiast czulsza od niej próba bromowa *Waltera* przy niektórych schorzeniach tej grupy (miażdżyca mózgu) jest często dodatnia *(Prusak i Prusakowa).*

Wzmożenie ilości płynu, „Congestion méningée".

Jedynym wybitnym objawem przy niektórych schorzeniach tej grupy jest wzmożone ciśnienie płynu, nieraz do 1000 i wyżej, które jednak stwierdzić można z pewnością tylko w pozycji leżącej (rzadko u nas stosowanej), i to nie zawsze. Na podstawie objawu tego, t. j. wzmożonego ciśnienia płynu, cały szereg autorów: *Esskuchen, Fontecilla, Claude* i inni, wyróżniają osobny zespół, nazywając go „congestion méningée", „Liquorkongestion", który poza wymienionym objawem przedstawia nieznaczne zmiany w składzie płynu opisane przed chwilą jako zespół podrażnienia opon. Występuje on przy wszystkich schorzeniach, przy których istnieje wzmożone ciśnienie śródczaszkowe. Wzmożenie to powstaje w sposób różny:

1) proces chorobowy powoduje zmniejszenie wolnej przestrzeni w jamie czaszki, jak to ma miejsce przy wszelkich większych guzach mózgu;

2) następuje wzmożenie ilości płynu — hydrocephalus. Dzieje się to albo wskutek nadmiernego jego wydzielania, gdy sprawa chorobowa wywołuje podrażnienie splotów naczyniastych, albo wskutek utrudnionego jego odpływu, co bywa przy ucisku na aquaeductus Sylvii lub foramen Magendi, lub przy zastoju w krążeniu w układzie limfatycznym czaszki, a zwłaszcza zastoje w zatokach żylnych i vena Galeni (trombophlebitis).

Co do tego wzmożenia ilości płynu, to inni autorzy, przedewszystkiem *Lange*, mają zdanie odrębne. *Lange* twierdzi mianowicie, że wzmożenie to bywa pierwotnem tylko w stanach zapalnych, i wtedy prócz wzmożenia ciśnienia płynu-rdz. wykazuje też cały szereg wybitnych zmian w swym składzie. Autor ten odróżnia natomiast od wzmożenia ilości płynu pierwotnego wzmożenie wtórne, jakie występuje przy zanikach (i wzgl. niedorozwojach) mózgu, kiedy chodzi o wypełnienie wolnej przestrzeni. Niema wtedy jednak żadnego wzmożenia ciśnienia, a jedynym objawem jest wodnistość płynu, t. j. obniżenie ilości wszystkich jego składników poniżej normy.

Wobec różnego stanowiska autorów w sprawie zespołu, „congestion méningée" oraz, ponieważ zespół ten opiera się właściwie tylko na wzmożonem ciśnieniu płynu, które jest same przez się objawem bardzo niepewnym, zespołu tego nie wyróżniłem z ogólnego obrazu podrażnienia wtórnego opon. Abstrahując bowiem od objawu

wzmożenia ciśnienia, wszystkie wymienione stany chorobowe, w których występuje „congestion méningée", wykazują w płynie zespół objawów, zasadniczo niczem nie różniący się od zespołu, spotykanego przy innych schorzeniach mózgu lub rdzenia, które ze wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego nic nie mają wspólnego. Czynnika łączącego można się tu bowiem dopatrzyć jedynie tylko w nieswoistem podrażnieniu opon, które powstać może tak samo przy sprawach, wzmagających ciśnienie śródczaszkowe, jak i przy całym szeregu innych schorzeń organicznych ośr. ukł. nerw.

Połączenie tych różnorodnych schorzeń w jedną grupę ma prócz wymienionego momentu patogenetycznego także znaczenie praktyczne. Zespół ten w płynie pozwala nam bowiem wszystkie schorzenia, w których on występuje, odróżnić z jednej strony od schorzeń należących do grup poprzednich, naprz. od spraw kiłowych, z drugiej strony od schorzeń t. zw. „funkcjonalnych", przy których płyn nawet drobnych zmian w swym składzie nie wykazuje.

Zespół ten spotykamy przy badaniu płynu często, gdyż prawie każde schorzenie organiczne ośr. ukł. nerw., nie wymienione w grupach poprzednich, wykazuje w płynie zmiany w postaci tego zespołu. Nie należy przytem zapominać, że przy większości tych schorzeń zdarzają się przypadki, w których żadnych zmian w płynie m.—rd., nie możemy stwierdzić, a są nawet schorzenia, jak naprz. jamistość rdzenia i zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego, przy których nigdy jeszcze nie spotkano zmian w płynie, mimo, że są to schorzenia organiczne ośr. ukł. nerw.

Wyliczę tu zatem tylko te schorzenia, które spotykają się najczęściej, a zwłaszcza te, których badaliśmy większą ilość. Są to przedewszystkiem schorzenia mózgowe, jak guzy mózgu, miażdżyca mózgu, sprawy urazowe, zapalenie nagminne mózgu i stany zejściowe po niem, padaczka, pląsawica i alkoholizm chroniczny. Dalej zaliczę tu schorzenia rdzenia i niektóre schorzenia nerwów obwodowych, (z których jednak mamy materjał nieliczny), jak stwardnienie boczne z zanikami mięśniowemi, zapalenie rogów przednich, zapalenie wielonerwowe i rwa kulszowa.

Zakończenie.

Krótki przegląd zespołów.

Jak widzieliśmy, dla postawienia rozpoznania klinicznego danego schorzenia konieczne jest przedewszystkiem stwierdzenie zespołu zmian występujących w płynie, przyczem należy wiedzieć, w których schorzeniach zespół ten występuje. Raz jeszcze zestawię

zatem w postaci skrótu wszystkie zespoły z najcharakterystyczniejszemi dla nich cechami oraz schorzenia, dla których są one charakterystyczne.

I. Zespół zapalny endogenny.

Cechy: pleocytoza limfocytarna, wzmożenie białka z przewagą globulin i euglobulin, krzywe koloidalne po stronie lewej.

Schorzenia: 1. Wszelkie postacie kiły ośr. ukł. nerw.
2. Stwardnienie wieloogniskowe.

II. Zespół zapalny egzogenny.

Cechy: Pleocytoza limfo—i leukocytarna z przewagą limfocytów, wzmożenie białka z przewagą albumin, krzywe koloidalne po stronie prawej, obniżenie ilości chlorków, obniżenie lub wzmożenie ilości cukru, (siatka włóknista, ksantochromja luteinowa), obecność przeciwciał z krwi.

Schorzenia: 1. Zapalenie opon gruźlicze.
2. Późniejsze okresy ropnych zapaleń opon.
3. Podostre kiłowe zapalenie opon.
4. Zapalenia opon „aseptyczne".

III. Zespół zapalny ostry.

Cechy: mętny wygląd płynu, pleocytoza leukocytarna z rozpadem ciałek, często obecność licznych bakteryj, ogromne wzmożenie ilości białka, stałe obniżenie lub brak cukru, oraz wszelkie objawy komunikacyjne.

Schorzenia: 1. Ropne zapalenie opon.
2. Ropnie mózgu, otwarte do opon.

IV. Zespół zastoinowy.

Cechy: Dysocjacja białkowo-cytologiczna, ksantochromja, koagulacja, wzmożenie ilości cukru, krzywe koloidalne po stronie prawej lub podwójne, wszelkie inne objawy komunikacyjne.

Schorzenie: 1. Guzy rdzenia i tylnej jamy czaszkowej.
2. Poprzeczne zapalenie rdzenia i jego opon.
3. Miejscowe zapalenie opon rdzeniowych.
4. Schorzenia kręgosłupa z uciskiem na kanał kręgowy.

V. Zespół krwotoczny.

Cechy: obecność krwinek czerwonych (w stanie rozpadu), i fagocytów, zabarwienie czerwone lub ksantochromja,

odczyn na hemoglobinę, odczyn autohemolityczny *Barda*, wzmożenie ilości cukru i wszelkie inne objawy komunikacyjne.

Schorzenia: 1. Krwotok do opon, spowodowany miażdżycą.
2. Krwotok do opon urazowy.
3. Zapalenie krwotoczne opony trwardej.
4. Nowotwory mózgu.

VI. Zespół wtórnego zapalenia opon.

Cechy: słaba pleocytoza limfocytarna z lekkiem lub średniem powiększeniem ilości białka, słabe krzywe koloidalne z lekkiem przesunięciem w prawo, lekkie zmiejszenie chlorków i wzmożenie cukru, (ew. wzmożenie ciśnienia).

Schorzenia: Reszta schorzeń organicznych ośr. ukł. nerw.

Płyn normalny.

Cechy: Ilość ciałek poniżej 3 (w 1 cm.), ilość białka poniżej 0,025%, krzywe koloidalne normalne, ilość chlorków i cukru normalna.

Schorzenia: 1. Nerwice (histerja, fobje i t d.).
2. Psychozy „funkcjonalne" (schizofrenja psych. man. depr. i t. d.).

Znaczenie zespołów w djagnostyce płynu.

Z zestawienia tego, a jeszcze więcej z dokładnego omówienia zespołów i grup schorzeń widać, jak bardzo zawikłana jest djagnostyka płynu m-rdz. Prawie każdy objaw może występować w całym szeregu schorzeń i zespołów. a niektóre schorzenia dają obrazy i zespoły w płynie bardzo różne zależnie od ich lokalizacji lub postaci.

Wzmożenie absolutnej ilości globulin np., więc i silnie dodatni odczyn *Nonnego* charakteryzuje zespół zapalny endogenny, lecz może też występować w innych zespołach, jeżeli ilość białka jest odpowiednio duża. Kiła ośr. ukł nerw., zależnie od umiejscowienia i postaci, daje w płynie zespół zapalny endogenny, zespół zapalny egzogenny, lub też zespół zastoinowy (myelitis-transversa).

Niemożliwem jest zatem uważać jednego lub nawet kilku objawów za miarodajne, a z drugiej strony nie można także ułożyć jednolitego obrazu dla każdego schorzenia. Jeżeli się więc pragnie przeprowadzić systematyczną djagnostykę na podstawie zmian w płynie m.-rdz., nie pozostaje nic innego jak opierać się na stosunkach wzajemnych objawów do siebie, na zespołach przez nie utworzonych. Djagnostyka tego rodzaju, jeżeli nawet nie zawsze prowadzi do

stwierdzenia samego schorzenia, lecz tylko stwierdzenia grupy ogólnej, ew. z pewnem podejrzeniem na jedno z należących do niej schorzeń, przedstawia wielką pomoc dla klinicysty, (nawet nie orjentującego się dokładnie w badaniu płynu), który zestawiając wtedy rozpoznanie laboratoryjne z danym obrazem klinicznym, jest zwykle w stanie usunąć wszelkie wątpliwości co do sprawy chorobowej, o którą w danym przypadku idzie.

Piśmiennictwo.

Barbe. Examen des alliénes. Paris 1921. Masson.

Bernard et Ruella. Quelle est la valeur de la rèaction de Targowla Nr. 6 1925.

Bujak. O zachowaniu się surowicy obcogatunkowej wprowadzonej dokomorowo lub nardzeniowo. Kraków 1919 Nakł. Akad. Umiejętności.

Duclaux. Les colloides. Paris 1925 Gauthier.

Durupt. Microméthodes et semi — microméthodes appliquées aux analyses chimiques du sang et des humeurs. Paris 1924. Poinat.

Esskuchen. Die Lumbalpunktion. Wien 1919. Urban u. Sekwarzenberg.

Falkiewicz. Ueber den prognostischen Wert der Goldsolreaktion bei Meningitiden. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 89. 1926

Fontecilla. et Sepulveda, Le liquide cephalo—rachidien. Paris 1921. Malejne.

Guillain. Rapport sur la sclérose en plaques. Revue Neurol., Juin 1924.

Guillain, Laroche et Lechelle, La réaction du benjoin colloidal et les réactions colloidales du liquide céphalo—rachidien. Paris 1922. Masson.

Guillain. Technique de la réaction du benjoin colloidal. Paris 1926. Masson.

Hertsmann. Erfahrungen über die klinische Brauchbarkeit der Weichbrodtschen Sublimatreaktion, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 55, 1916.

Jonscher. Badania chemiczne i refraktometryczne płynu m.-rdz. u dzieci. Warszawa Księga pamiątkowa Wszech. Warsz. 1916.

Kafka. Atypische serologische Befunde bei Paralyse u. ihre Bedeutung Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 56, 1920.

Kafka. Die Koloid-reaktionen des Liquor Cerebrospinalis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u: Psychiatrie. Bd. 74, 1922.

Kafka. Die Zerebrospinal flüssigkeit Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Ref. VI. 361; 1912.

Kafka. Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethodem der Körperflüssigkeiten bei Nerven—und Geisteskrauken. Berlin 1922. Spoinger.

Kafka. Methoden zur Untersuchung des Liquor cerebro—spinalis. Abderhaldens Handbuch der biolog. Arbeitsmethoden, Abt. V, T. 5 B, H. l, 1923. Urban u. Schwarzenberg.

Lange. Lumbalpunktion und Liquordiagnostik. Kraus u. Brugschs Spezielle Patholog. u. Ther. inneren Krankh. Bd. II, T. III, 1923. Urban u. Schwarzenberg.

Leśniowski. O wartości klinicznej odczynu benzoesowego. Polska Gaz. Lek. 1924. N. 41.

Letulle et Pruvost. Methodes usuelles du laboratoire appliqués au diagnistic des maladies. Paris 1924. Maloine.

Lewkowicz. Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon I, II i III donies. Kraków 1917 i 1919. Druk. Un. Jagielońskiego.

Lewkowicz. O leczeniu nagminnego zapalenia opon dokomorowemi i namózgowemi wstrzykiwaniami surowicy swoistej. Kraków 1915. Druk. Un. Jagielońskiego.

Lochelongue. Les anomalies du liquide céphalo—rachidien. Paris 1917 Maloine.

Mestrezat. Le liquide cephalo—rachidien normale et pathologique. Paris 1911. Maloine.

Mestrezat. Procédés cliniques pour l'axamen chimique du liquide céphal—rachidien. Lyon 1921.

Nonne. Syphilis und Nervensystem. Berlin 1924. Karger.

Nowicka. O zawartości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym i ich znaczeniu rozpoznawczem w schorzeniach oponowych. Polska Gazeta Lek. Nr. 30. 1924.

Parnas. Chemja fizjologiczna. Warszawa 1922.

Plaut, Rehn, Schottmüller. Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinal—flüssigkeit. Jena 1913. Fischer.

Prussak i Prussakowa. O przepuszczalności barjery nerwowej w chorobach nerwowych i umysłowych, Warszawskie Czasopismo Lek. N. 3 i 4 1927.

Sahlgreen. Ueber die Weichbrodtsche Sublimatreaktion. Münchner. Mediz. Wochenschr. Nr. 22, 1923.

Sachlgreen. Ueber die Natur der Mastixreaktion im Liquor cerebro—spinalis. Münchn. Med. Wochenschr. Nr. 28, 1923.

Sicard. Le liquide céphalo—rachidien. Paris 1902.

Sterling-Okuniewski. Technika badań bakterjologicznych. Warszawa 1823. Nakł. „Ars medica".

RÉSUMÉ.

Sur les différents syndromes d'altérations du liquide céphalo-rachidien dans les maladies nerveuses et mentales et leur valeur diagnostique.

L' auteur présente les résultats d'environ 500 examens de liquides cephalo-rachidien, exécutés dans le laboratoire de la Clinique Universitaire Neuro Psychiatrique à Poznań pendant 2 ans,c'est à dire les années 1925 et 1926, et essaie à mettre en évidence, qu'on peut obtenir les images nettes d'altérations pathologiques dans le liquide céphalo-rachidien, quand on se rend compte de la valeur pathogénétique des différants symptomes du liquide et quand on prend en cosidération non pas un ou quelques symptomes particuliers, mais leur rapport mutuel et leur ensemble. Ces images d'altérations permettent dans certains cas de faire diagnostic exact de la maladie du systéme nerveux et dans les autres cas, orientant d'une façon plus générale, elles contribuent toujours à l'explication de quelques doutes, pouvant naître pendant l'examen clinique.

L' auteur divise tous les symptomes, qu'on peut trouver dans le liquide cephalo-rachidien en 6 catégories:

1) *Le symptôme générale de toute alteration* dans le liquide — l'augmentation du taux de l' albumine totale.

2) *Symptômes inflammatoires* — l'augmentation des globules blancs (pléocytose) et la diminution du sucre.

3) *Symptomes des processus, se passant dans l'intérieur du sac meningé* (symptomes endogènes) — réactions fortes.

4) *Symptômes d'une augmentation de la perméabilité meningée* (symptomes exogènes) — précipitation dans les reactions colloidales a droite (type „sérique" ou „méningé"). diminution des chlorures, augmentation du sucre, réaction de *Braun-Hesler* et réaction hémolytique positives. xantochromie (due à la lutéine), présence de fibrine (réticulum délicate ou coagulation), résultat positif des examens fonctionels de la perméabilité méningée.

5) *Symptômes hémorrhagiques* — présence des glcbulus rouges, xanto — (rubro) — chromie (due à la hémoglobine) et réaction à l'hémoglobine positive.

6) *Symptômes spéciphiques* (pour une maladie déterminée) — présence de microbes patogènes, réaction de *Bordet-Wasserman*

Au point de vue de l'ensemble des altérations du liquide cephalo-rachidien l'auteur distingue 6 syndromes, dont chacun correspond à un groupe de maladies du systéme nerveux.

I. Syndrome, charactéristique pour les affections syphilitiques du syst-nerv. centr. et pour la sclérose en plaques: *„le syndrome inflammatoire endogène"*: limphocytose, augmentation de l'albumine totale avec fortes réactions à la globuline, précipitations à gauche dans les reactions colloidales, perméabilité méningée normale.

II. Syndrome, charactéristique pour la méningite tuberculeuse et pour les autres méningites chroniques non-syphilitiques: *„le syndrome inflammatoire exogène"*: pléocytose (leuco et lymphocytaire avec prèdominance des limphocytes) augmentation del'albumine totale avec faibles réactions à la globuline, les symptômes suivants de l'altération de la perméabilité méningée: précipitations à droite dans les réactions colloidales, diminution des chlorures, augmentation du sucre, ou bien diminution, comme symptôme inflammatoire, et parfois xantochromie (lutéine) et réticulum fibrineux.

III. Syndrome, characteristique pour les inflammations méningées purulentes de tout étiologie: *le syndrome inflammatoire aigü"*: aspect trouble du liquide, leucocytose (polynucléaires), diminution des chlorures et du sucre, et de plus les autres symptômes de l'altération de la perméabilité meningée, mentionnés antérieurement.

IV. Syndrome, charactéristique pour les tumeurs de la moelle et de la cavité cranienne postérieure et pour les myélites transversales: *„le syndrome de compression"*: xantochromie (lutéine) et coagulation massive (syndrome de *Froin*), augmentation considérable

de l'albumine sans pléocytose (ou avec pléocytose minime) (syndrome de *Sicard-Nonne*), augmentation du sucre et les autres symptomes de l'altération de la perméabilité méningée, mentionnés antérieurement.

V. Syndrome se trouvant dans l'artériosclerose et les traumatismes du syst. nerv. centr. et jouant aussi un rôle dans le diagnostic des néoplasmes du cerveau: *„le syndrome hémorrhagique":* présence de globules rouges, xanto—(rubro) chromie (hémoglobine) réaction à l'hémoglobine positive, augmentation de différents globules blancs (ayant des propriétés fagocytaires) et les symptômes de la perméabilité méningée, cités antérieurement.

VI. Syndrome, charactéristique pour le reste des affections organiques du syst. nerv. centr.: *„le syndrome de l'irritatjon mêningée sécondaire";* lymphocytose légère avec légère augmentation de l'albumine et du sucre, avec diminution des chlorures et précipitations peu accentuées dans les réactions colloidales avec inclination à droite.

Ce dernier syndrome, bien qu'il ne permet pas de différencier les différentes maladies du groupe entre eux, les distingue nettement des affections des groupes antérieurs, bien characterisées, et des maladies „fonctionnelles" nerveuses et mentales, qui ne présentent pas d'altérations du liquide ceph.-rach.

Z kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyrektor: prof. J. Mazurkiewicz).

O REAKCJI BUSCAINO.

podał
Dr. med. STANISŁAW ZAMECKI.

Przed kilku laty *Buscaino* w moczu chorych psychicznie wykrył pewne ciała chemiczne, należące według tego autora do grupy ciał aminowych o łańcuchu izoamidowym. Ciała te dają reakcję charakterystyczną z azotanem srebra na gorąco, opartą na zdolności odtleniania azotanu srebra przez grupę jakoby amoniakalną. Z ciał zasadowych moczu na gorąco otrzymuje autor organiczne połączenie srebra, w wodzie nierozpuszczalne, przyczem nierozpuszczalność tych ciał i ich krystalizacja służą do dalszych badań. Reakcję stosowaną przez Buscaino, można podzielić na dwa okresy. Okres pierwszy: do pewnej określonej ilości moczu (wystarczy 3 cm^3) dodajemy 5% wodny rozczyn azotanu srebra w stosunku 0,5 odczynnika do 1 moczu, potem jeszcze dodajemy odczynnika, aż do stosunku 1 : 1, a to dlatego, iż czasami reakcja typowa występuje dopiero przy większych ilościach odczynnika. To też *Buscaino*, który przedtem reakcję tę wykonywał przy zachowaniu pierwszego stosunku, później stosował większe dawki i w większym odsetku przypadków otrzymywał wynik dodatni, Mieszaninę, składającą się z 3 cm.^{3} moczu i $1^1/_2$ cm.^{3} 5% azotanu srebra wstrząsa się mocno i gotuje w probówce nad palnikiem 30 do 60 sekund, przyczem powstaje szybko opadający osad biały, kolorowy, lub czerwony. Okres drugi: kiedy osad opadnie, zlewa się płyn z wierzchu i dobrze przemywa osad dwukrotnie wodą dystylowaną, poczem czeka się aż osad opadnie, odlewa płyn z wierzchu i z pozostałego osadu wlewa się po 2 krople zawiesiny do 3 probówek. Następnie do pierwszej probówki dodaje się czystego, stężonego amoniaku w ilości 15 kropli, do drugiej 15 kropli 1% rozczynu wodnego kwasu chromowego, i do 3-ciej 15 kropli 5% wodnego rozczynu dwuchromianu amonowego. Zawartość

probówek wstrząsa się i pozostawia je na 20 godzin, poczem dopiero odczytujemy rezultaty. W warunkach normalnych i, jak twierdzi Buscaino, przy prawidłowej równowadze biologicznej, otrzymujemy z moczu ludzkiego osad biały. W warunkach uchylających się od normy otrzymujemy osad kolorowy, a więc: kasztanowy, ciemno kasztanowy, bardzo ciemno kasztanowy, czerwono-purpurowy, czerwono-matowy, koloru kawy mlecznej mniej lub więcej ciemnej, szaro-ołowiowy, ziemisty i t. p. Barwa osadu, jak twierdzi Buscaino, zdaje się być zależna od większej lub mniejszej ilości ciał zasadowych pochodzenia amoniakalnego — aminów. Buscaino stwierdził, że osady kolorowe występują w warunkach zaburzeń równowagi biologicznej; również stwierdzał znikanie ich w okresie zdrowienia, bez wykazania jakiejś ściślejszej zależności którejkolwiek z barw osadu z określonemi warunkami chorobowemi. Największe znaczenie przypisuje autor osadowi barwy czerwonej, którego występowanie wiąże poniekąd z patologją układu nerwowego, szczególniej roślinnego. Osady ciemne wykrywał Buscaino przedewszystkiem w moczu schizofreników, i to w dość znacznym odsetku przypadków mianowicie, w 50% do 80%, jeżeli badał mocz jednorazowo, i w 80% do 100% przy badaniu moczu z dobowych ilości.

Idąc za przykładem Buscaino, u 268 chorych przeprowadziliśmy badanie moczu w Klinice Psychjatrycznej U. W. przyczem dokonane było 882 badań moczu. Wyniki tych badań były następujące. W moczu schizofreników reakcja dodatnia (ciemna) występowała w 44%, przy badaniu jednorazowem, to znaczy jednej, ad hoc zebranej porcji moczu i przy ograniczeniu się do jednego badania. Przy badaniu dobowych ilości moczu, przeprowadzonych systematycznie w ciągu trzech do 12 dni *stale* otrzymywaliśmy osady ciemne w moczu zaledwie w 9,8% schizofreników. Natomiast przy jednorazowem badaniu osadów z dobowych ilości moczu, procent ten podnosił się i wynosił w schizofrenji 49%. Na 3 przypadki stuporu katatonicznego w 2 przypadkach stwierdzono osad czarny, w jednym — osad koloru kawy mlecznej, przy jednorazowem badaniu osadu z dobowych ilości, natomiast żaden z przypadków nie dawał osadów czarnych (wyraźnych zmian w zachowaniu się tych chorych i w ich stanie psychicznym podczas badań, które trwały 12 dni, nie było), przeciwnie otrzymywaliśmy osady: biały, szary, czekoladowy, ołowiowo-szary i t. d.

W psychozie maniakalno-depresyjnej zaledwie w jednym przypadku na 6 badanych stwierdziłem osad koloru kakao. Dotyczyło to przypadku ciężkiej depresji melancholicznej. Inne przypadki wy-

kazywały stan podniecenia maniakalnego lub hypomanję. W stanach ostrych podnieceń, majaczeniowych, splątaniowych i innych, zwłaszczą przy wyraźnie podupadłym stanie odżywienia chorego, a natomiast niezależnie od rozpoznania klinicznego, z reguły stwierdzałem osad ciemny z przewagą czarnego, również ciemny osad otrzymywałem niekiedy w padaczce i bezwładzie postępującym, w tem ostatniem cierpieniu najczęściej w okresach późniejszych przy silnem wyniszczeniu organizmu, a szczególniej przy obrzękach. U ludzi umysłowo zdrowych przy zapaleniu płuc włóknikowem, daleko posuniętej gruźlicy, przy ciężkich schorzeniach serca w okresie wyraźnej niedomogi, w chorobach gorączkowych, jak grypa, odra, zapalenie opon mózgowych, stwierdzałem zawsze osad ciemny, przeważnie czarny.

W trakcie przeprowadzania tych badań zwróciłem uwagę na to, że mocz chorego badany z rana wykazywał osad szary lub biały (albo naodwrót ciemny), natomiast mocz tego samego chorego badany popołudniu, a nawet niekiedy w parę godzin potem wykazywał osad ciemny lub czarny (albo naodwrót). Sądząc, że może wywierać tutaj jakiś wpływ proces trawienny, u pewnej ilości chorych omówionych szczegółowo dalej przeprowadzałem systematyczne badanie moczu w ciągu 10 do 12 dni, badając oddzielnie osad każdej poszczególnej oddanej porcji moczu, a następnie po zmieszaniu wszystkich porcyj badałem osad z dobowej ilości moczu. W ten sposób prowadzone badania dały mi kilka bardzo ciekawych spostrzeżeń. Przedewszystkiem zauważyłem, że w większości przypadków prawie każda oddzielna porcja moczu tego samego chorego daje inny osad z azotanem srebra. Dalej, pomimo tego, iż prawie wszystkie poszczególne porcje moczu dawały osady mniej lub więcej szare lub szaro-ołowiowe, to mieszanina dobowa dawała osad ziemisto-ołowiowy lub czekoladowy. W jednym przypadku wprost naodwrót z 5-ciu oddzielnie badanych porcji: 1-sza dała osad szaro ziemisty, 2-ga czarny, 3-cia szary, 4-ta ołowiowo-szary, natomiast dobowa ilość a więc mieszanina tych porcji dała z azotanem srebra osad szaro-biały. Czem wytłumaczyć sobie to zjawisko trudno wyjaśnić. Sądziłem, iż może mocz, rozkładając się, wytwarza jakieś ciała, które dają *ciemną* reakcję Buscaino, ale, badając szereg moczów w ciągu całego tygodnia, pozostawionych w otwartych kolbach nie stwierdziłem żadnej zależności między rozkładaniem się moczu a reakcją ciemną. Wprost przeciwnie mocz, który w stanie świeżym dawał osad biało-szary lub szary, po 2—3 dniach wykazywał osad zupełnie biały i reakcja ta utrzymywała się w ciągu ca-

łego tygodnia, a nawet w ciągu 10 dni (dwa mocze badane). Starając się wyjaśnić przyczynę, dlaczego jedna porcja moczu daje osady ciemne, a druga białe lub szare, badałem w kilku przypadkach każdą porcję moczu na zawartość kwasu moczowego, jednakże wyraźnej zależności nie stwierdziłem. Przeprowadzając badania moczów w ciągu całego szeregu dni, zauważyłem, że niezależnie od poprzednio otrzymywanych osadów, po piątku, to znaczy po dniu w którym chorzy poszczą, u wszystkich badanych chorych pojawiały się osady ciemne. Najbardziej jaskrawemi są te przypadki, a jest ich kilka, gdzie w ciągu całego tygodnia osady były szare lub białe, a tylko po poście, po piątku, ciemne. Doświadczenie to przeprowadziłem na zdrowych i na samym sobie. Okazało się, że wszyscy badani po djecie pozbawionej białka mięsnego, przy zastosowaniu djety mleczno-węglowodanowej z reguły wykazują w moczu osady ciemne, od jasno-czekoladowego do ołowiowo-czarnego. Zaznaczyć musze, że żaden z badanych-psychicznie zdrowych, nie wykazywał jakichś wyraźnych zaburzeń w równowadze biologicznej. W związku z powyższem spostrzeżeniem sądziłem, że może pewne ciała wprowadzone do organizmu dają następnie w moczu ten lub inny kolor osadu. Dlatego też cały szereg chorych zbadałem w ciągu 10 dni, zmieniając im dwa razy w ciągu tego okresu djetę. Przez pierwsze pięć dni djetę mieszaną z przewagą pokarmów mięsnych. Badania powyższe nie potwierdziły przypuszczeń, że przy djecie węglowodanowo-mlecznej *stale* otrzymuje się osady ciemne i naodwrót że przy mieszanej szare lub białe. W prawdzie w pierwszym dniu po zastosowaniu djety bezmięsnej występowały osady ciemne u tych chorych, którzy przedtem reakcji tej nie wykazywali, ale już w dzień następny osady były różne. W doświadczeniu tem mocz badany był w ciągu całej doby, i to zarówno każda oddzielnie oddana porcja, jak i mieszana ilość dobowa. Sądząc, że może mi się uda uchwycić jakąś zależność między powstającym w moczu osadem a djetą, w ciągu całego okresu badania notowałem jakość i ilość spożytych pokarmów. Obserwacje te nie doprowadziły jednakże do wyraźnych wyników, gdyż i tutaj różnorodność osadów dotyczyła zarówno każdej poszczególnej porcji moczu, jak i ilości dobowej. Naogół powiedzieć można, że pomimo wszystko przy stosowaniu djety mleczno-węglowodanowej częściej występują osady ciemne i naodwrót przy djecie mieszanej z przewagą potraw mięsnych, częściej osady białe lub szare. Naturalnie dotyczy to dłuższych okresów obserwacji, a nie jednodniowego postu. Pozatem dwóch chorych i zachowanie się ich moczu badałem w ciągu całego miesiąca,

stosując naprzemian różne djety, to mięsną, to węglowodanową, to znowu mieszaną. I te obserwacje nic konkretnego nie dały. Chorzy ci, a dotyczyło to 2 schizofreników paranoidalnych bardzo dostępnych, którzy chętnie poddawali się wszelkim badaniom, notowali skrupulatnie ilość spożytych pokarmów, godzinę spożycia, a następnie godzinę oddania moczu i t. d. U chorych tych zauważyłem, że nawet w ciągu jednej — dwóch godzin, które dzieliły jedną porcję oddanego moczu od drugiej, występowały często wybitne różnice w osadach. Np. osad rano czarny, w 2 — 3 godziny później zmieniał się na biały, lub biały na czarny. niezależnie od spożytych pokarmów.

Z powyżej przytoczonych badań i obserwacji, powiedziećby można, że zaledwie w bardzo niewielkim odsetku przypadków otrzymuje się osady *zawsze jednakowe* w ciągu pewnej ilości dni z dobowej ilości mieszanej moczu, i dalej, że każda prawie porcja moczu u tego samego chorego w ciągu tej samej doby może dawać i *najczęściej* daje osady różne.

Usiłując zbadać istotę reakcji osadu Buscaino w moczu, badałem metodami klinicznemi mocz na ciężar właściwy, kwasotę, obecność białka, cukru, acetonu, kwasu aceto-octowego. Dalej w całym szeregu przypadków przeprowadziłem badanie ilościowe kwasu moczowego w moczu. Naogół żadnych uchyleń od normy nie stwierdziłem, ale spostrzegłem, że w tych moczach, w których były większe ilości kwasu moczowego, przeważnie występowała reakcja ciemna, chociaż i ta reguła nie była bez wyjątku. Okazało się, ze i tam, gdzie ilość kwasu moczowego nie przekraczała 0,25 gr. w litrze (norma 0,45—0,6 gr. w litrze), a więc tam, gdzie go jest o połowę mniej niż normalnie, występowały niekiedy osady ciemne. Dalej starałem się przekonać, czy niema jakiejś zależności między stanem chemicznym krwi, a barwą osadu Buscaina. U 88 chorych przeprowadziłem badania chemiczne krwi na zawartość kwasu moczowego, azotu niebiałkowego, cukru i chlorków. Z zestawienia wyników można przypuszczać, że tam, gdzie spotyka się większe ilości azotu niebiałkowego i kwasu moczowego w krwi, występują osady ciemne, chociaż w 2 przypadkach w których ilość kwasu moczowego i azotu niebiałkowego nie przekraczały normy, a nawet były od niej niższe, stwierdziłem w moczu osady ciemne. Tak więc i te badania nie rzuciły żadnego wyraźniejszego światła na charakter reakcji Buscaina.

Jak zaznaczyłem na początku tej pracy, Buscaino uzależnia swoją czarną reakcję od obecności ciał azotowych w moczu. Starałem się znaleść in vitro, jakie to ciała azotowe w moczu mogą

dawać osady ciemne. Wykonałem cały rzereg prób, stosując się do metod podanych przez autora. A więc badałem zachowanie się 5% wodnego rozczynu azotanu srebra z mocznikiem, amoniakiem, szczawiarem amonu, szczawianem wapnia i chlorkiem sodu. Wszystkie te próby dały wynik ujemny, to znaczy wspomniane składniki z 5%-wym rozczynem azotanu srebra ani na zimno ani po podgrzaniu nie dają żadnych osadów, z wyjątkiem oczywiście chlorku sodu, który dawał stale już na zimno osad biały, niezmieniający się po zagotowaniu. Jedna tylko próba doprowadziła do wyniku dodatniego, mianowicie mieszanina 4 cm^3 kwasu moczowego w rozczynie wodnym 1 : 1000, i 2 cm^3 5%-wego rozczynu wodnego azotanu srebra dała na zimno lekko opalizujący osad, który po podgrzaniu zamieniał się w osad brunatno-żółty, następnie przechodzący w barwę czekoladową. Jeżeli do mieszaniny kwasu moczowego i azotanu srebra dodać pewną ilość chlorku sodu, to otrzymujemy obfity osad biały, który po podgrzaniu zmienia się na szary, kakaowy, czekoladowy, i t. d. aż do węglowo-czarnego, w zależności od ilości zuzytego kwasu moczowego i chlorku sodu. Osady te odpowiadały barwą osadom Buscaino, otrzymanym z moczu, i tak samo zachowywały się pod wpływem odczynników, stosowanych przez Buscaino, a więc: kwasu chromowego, amoniaku, dwuchromianu amonu; także mikroskopowy wygląd tych osadów był podobny. Wynik ten potwierdzał początkowe moje przypuszczenie, że czarny osad Buscaina powstaje przy współudziale kwasu moczowego, jednakże, jak już wspomniałem, cały szereg moczów, badanych na zawartość kwasu moczowego, nie potwierdził moich przypuszczeń, jak się obecnie okazało dlatego, że w badaniach tych pominięta została rola chlorków w reakcji. *Stale natomiast udawały mi się dwie próby: jedna polegała na tem, że z każdego moczu można otrzymać osad czarny przez dodanie pewnej ilości kwasu moczowego; druga, że z każdego moczu można otrzymać osad biały przez dodanie pewnej ilości chlorku sodu.* Podobnie z każdego moczu można otrzymać osad czarny: 1-o przez wytrącenie na zimno pewnej ilości chlorków, 2-o przez dodanie do określonej ilości moczu pewnej ilości azotanu srebra, 3-o przez przesączenie i badanie przesączu zwykłą metodą Buscaino. Przy *tej* próbie pewna porcja moczu daje stale reakcję czarną, (Badania prowadzone również przez Zakład Chemji Fizjologicznej U. W.), jeżeli nie wszystkie chlorki zostały z moczu wytrącone, w przeciwnym razie próba Buscaina daje osad bardzo skąpy koloru brudno-żółtego, który później dopiero ciemnieje. Przerabiając próby z kwasem moczowym i chlorkiem sodu doszedłem z czasem

do rezultatów następujących: przez odpowiednie rozcieńczanie chlorku sodu i kwasu moczowego możemy otrzymać wszystkie odcienia reakcji Buscaino, począwszy od osadu zupełnie białego aż do czarnego, a więc barwę szarą, ołowiowo-szarą, stalowo-ziemistą, wiśniową, wiśniowo-czekoladowa, brunatną i t. d. Co więcej, każda z tych barw powstaje przy pewnym określonym stosunku ilościowym kwasu moczowego do chlorku sodu. Np. osad biały otrzymujemy z mieszaniny następującej: 10 pro mille chlorku sodu, 0,5 pro mille kwasu moczowego; jeżeli do 4 cm. tej mieszaniny dodamy 2 cm. rozczynu wodnego azotanu srebra 5%-ego, otrzymamy osad biały, który po podgrzaniu pozostaje białym. O ile mieszanina zawiera więcej pro mille kwasu moczowego lub mniej chlorku sodu, otrzymujemy osady kolorowe od szaro stalowego do czarnego włącznie. I tak np. mieszanina zawierająca 0,5‰ kwasu moczowego i 5 pro mille chlorku sodu, daje z azotanem srebra osad wiśniowo-czekoladowy, mieszanina zawierająca 0,5 promille kwasu moczowego i 2 promille chlorków, daje osad czarny i t. d. Osady te, jak już wpomniałem, zachowują się identycznie pod wpływem odczynników (kwas chromowy, amoniak i dwuchromian amonu), i podobnie wyglądają pod mikroskopem, t. j. mają pewne wspólne cechy, ale są i pewne różnice w ustosunkowaniu się kryształków i mas bezpostaciowych. Jeżeli teraz porównamy stosunki ilościowe chlorków i kwasu moczowego w normalnym moczu, to okaże się, że przeciętnie dla stosunków warszawskich (Laboratorjum Kasy Chorych Dr. Borowski) ilości te są następujące: chlorków 9 pro mille, kwasu moczowego 0.45 pro mille. Stosunki te jednak ulegają różnym wahaniom w zależności od spożytych pokarmów i stanów chorobowych.

Według Hammarstena ilość wydzielanego kwasu moczowego w moczu wynosi średnio 0.6 grama w litrze, przyczem już oddawna przypuszczano, że pokarmy białkowe mogą wpływać na zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu, mianowicie: *Wischfeld*, *Rosenfeld*, *Orgler*, *Sivén*, *Burian* i *Schur* udowodnili, że pokarmy, obfitujące w białko, jak nukleinę. lub w ciała purynowe, wzmagają ilości kwasu moczowego w moczu. To też przy odżywiauiu się jarskiem ilość kwasu moczowego w moczu zmniejsza się, natomiast zwiększa się przy pokarmach mięsnych i może nawet dojść do 2 gramów na 24 godziny. Natomiast chlorek sodu wydziela się w moczu w ilości około 10 do 15 gramów na dobę u dorosłego, przyczem dochodzą niewielkie ilości chlorku potasu, amonu, magnezji i wapnia. Ilość chlorków zależy od ilości i jakości wprowadzanych pokarmów, jednak czasami może ulegać zmianom pod

wpływem procesów chorobowych i pewnych bliżej nieznanych momentów przemiany materji. Np. przy szybkiej resorbcji płynów organicznych, przy włóknikowem zapaleniu płuc w okresie rezolucji, ilość chlorków zwiększa się wybitnie i może wynosić koło 60 gramów na dobę; to samo dotyczy szybkiego znikania obrzęków. Z objawem zmniejszania się ilości chlorków w moczu spotykamy się przy szybko powstających obrzękach i tworzeniu się wysięków, przy chorobach gorączkowych a zwłaszcza w zapaleniu płuc włóknikowem przed kryzą, kiedy ilość chlorków wynosi zaledwie 1—2 gram. na dobę. Ze zmniejszeniem się ilości chlorków spotkać się można nierzadko także przy nadkwasocie kwasu żołądkowego i przy pewnych postaciach zapalenia nerek.

Z powyższego widzimy, że *mocz normalny zawiera kwas moczowy i chlorki w takim samym stosunku, przy których w doświadczeniu in vitro z kwasem moczowym i chlorkiem sodu otrzymujemy po dodaniu 5%-ego azotanu srebra osad biały.* A zatem zdawałoby się, że sprawa reakcji *Buscaino* jest częściowo wyjaśnioną. Aby się przekonać, czy barwa osadów Buscaina rzeczywiście zależy od ilości kwasu moczowego i chłorków w moczu chorego, przeprowadziłem u 28 osób badania ilościowe tych 2 składników, zestawione na tablicy V-tej. Okazało się, że badania moczu potwierdziły przypuszczenia i wyliczenia, otrzymane sztucznie. *Tam, gdzie mamy większe ilości kwasu moczowego lub mniejsze ilości chlorków, wszędzie, niezależnie od jednostki klinicznej, występują osady mniej lub więcej ciemne.* Dalej nietylko wtedy są osady ciemne, kiedy stwierdza się zwiększoną ilość kwasu moczowego lub zmniejszoną ilosć chlorków w granicach cyfr, które otrzymuje się w stosunkach normalnych, ale nawet wtedy, kiedy następuje zmiana ustosunkowania wzajemnego tych 2 składników moczu na korzyść pierwszego lub niekorzyć drugiego, poża granicami norm fizjologicznych. W tablicy VI-tej umieściłem 3 kolumny orjentacyjne: jedna — dla osadu białego, druga— kolorowego i trzecia — czarnego.

Wskaźnikiem dla osadu białego byłoby zatem ustosunkowanie kwasu moczowego do chlorków 5 : 100, dla kolorowego osadu (od szaro-stalowego począwszy) 8 : 100 i wreszcie dla osadu czarnego 9 : 100. W ten sposób udało mi się w niezmiernie prostej formie stwierdzić bezpośrednie pochodzenie ciemnych osadów Buscaino i sprowadzić ją do określonego w tablicy VI stosunku kwasu moczowego do chlorków.

Reasumując wyniki badań nad reakcją Buscaino w moczu, podkreślić muszę po 1-sze: wielką niestałość tego objawu, na 140 bada-

TABLICA I.

Nr. p.	Data	Nazw.	Rozpozn.	Osady Buscaino				Uwagi
				Pierw.	z H_2No_4	z Kw. Chr.	z 2Chr. Am.	
1	24/3—25	L.	schizofrenja	Jas. brun.	c. brun.	j. pomar.	c. pomarn.	
2	„	L.	„	brun.	bronz	j. żółty	żółty	
3	„	P.	„	czarny	czarny	„	c. zielony	gorączk.
4	26/3—25	F.	„	k. mleczn.	bronz	„	c. żółty	
5	27/3—25	C.	„	k. mleczn.	bronz	„	„	
6	„	C.	„	szary	„	„	„	
7	30/3—25	D.	„	k. mleczn.	czarny	kasztan.	żółty	stupor.
8	1/4 „	J.	„	popielaty	szary	„	kaszt.	
9	„	T.	„	biały	„	„	„	
10	„	M.	„	c. wiśń.	czarny	żółty	czarny	
11	3/4 „	J.	„	czarny	czarny	„	„	gorączk.
12	15/4—25	I.	„	sz. brun.	brun.	c. żółty	j. żółty	
13	16/4—25	P.	„	biały	„	„	„	
14	„	W.	„	„	„	„	„	hebeph.
15	1/5—25	A.	„	„	„	„	„	
16	4/5—25	K.	„	stal. szar.	czarny	j. żółty	żółty	
17	5/5—25	K.	„	ziemisty	bronz.	„	c. żółty	
18	„	S.	„	biały	„	„	„	
19	„	J.	„	„	„	„	„	hebeph.
20	„	B.	„	„	„	„	„	
21	6/5—25	A.	„	„	„	„	„	
22	7/5—25	W.	„	czekol.	bronz.	„	c. żółty	
23	12/5—25	W.	„	biały	„	„	„	
24	13/5—25	M.	„	„	„	„	„	
25	„	C.	„	„	„	„	„	
26	„	W.	„	„	„	„	„	
27	„	B.	„	„	„	„	„	
28	14/5—25	K.	„	sz. biały	„	„	„	
29	15/5—25	N.	„	c. czekol.	czarny	„	„	podn.
30	„	K.	„	czarny	„	„	„	„
31	16/5—25	R.	„	„	„	„	„	TBC. p.
32	„	G.	„	„	„	„	c. żółty	stupor.
33	„	K.	„	„	„	żółty	czarny	
34	18/5—25	G.	„	sz. piask.	brun.	„	j. żółty	
35	19/5—25	B.	„	biały	„	„	„	
36	20/5—25	P.	„	sz. bronz.	szary	j. żółty	c. żółty	
37	23/5—25	K.	„	c. czekol.	wiśn.	„	„	
38	25/5—25	K.	„	czekol.	czarny	„	„	
39	26/5—25	J.	„	szary	„	„	„	
40	„	P.	„	„	„	„	„	
41	27/5—25	D.	„	czarny	czarny	żółty	j. żółty	
42	„	K.	„	„	czarny	„	„	
43	„	T.	„	biały	„	„	„	
44	„	S.	„	„	„	„	„	
45	„	R.	„	kakao	wiśn.	j. żółty	c. żółty	
46	„	K.	„	czarny	czarny	„	„	
47	28/5—25	L.	„	sz. biały	„	„	„	
48	„	W.	„	szary	„	„	„	
49	„	W.	„	„	„	„	„	
50	2/6—25	K.	„	czarny	czarny	„	„	kataton
51	„	Z.	„	biały	„	„	„	
52	„	S.	„	czarny	czarny	żółty	„	podniec.
53	6/6—25	O.	„	biały	„	„	„	
54	„	G.	„	czarny	czarny	„	j. żółty	
55	„	B.	„	biały	„	„	„	

Nr. p.	Data	Nazw.	Rozpozn.	Osady Buscaino Pierw.	z H_2No_4	z Kw. Chr.	z 2Chr. Am	Uwagi
56	6/6—25	B.	schizofrenja	czekol.	wiśn.	żółty	j. żółty	
57	8/6—25	W.	"	szary	"	"	"	
58	12/6—25	S.	"	biały	"	"	"	
59	15/6—25	K.	"	biały	"	"	"	
60	17/6—25	T.	"	sz. biały	"	"	"	
61	26/6—25	S.	"	żł. biały	"	"	"	brom.
62	3/7—25	W.	"	czarny	czarny	c. żółty	"	
63	"	N.	"	czarny	wiśn.	"	"	
64	"	P.	"	czekol.	czarny	"	"	
65	10/9—25	A.	"	czarny	ziem.	"	"	
66	15/9—25	W.	"	sz. biały	"	,	"	
67	23/9—25	S.	"	czarny	czarny	c. żółty	"	
68	"	P.	"	czarny	wiśn.	żółty	"	
69	24/9—25	G.	"	biały	"	"	"	
70	"	K.	"	czekol.	brun.	"	"	
71	26/9—25	S.	"	czarny	czarny	"	"	
72	"	S.	"	biały	"	"	"	
73	5/10—25	K.	"	"	"	"	"	
74	"	K.	"	"	"	"	"	
75	13/10 - 25	K.	"	ziem.	"	"	"	
76	17/9—25	W.	"	szary	"	"	"	
77	"	C.	"	"	"	"	"	
78	"	K.	"	"	"	"	"	
79	"	A.	"	"	"	"	"	
80	"	S.	"	"	"	"	"	
81	19/9—25	G.	"	"	"	"	"	
82	30/9—25	K.	"	biały	"	"	"	
83	"	Z.	"	"	"	"	"	
84	"	M.	"	c. czekol.	"	"	"	
85	"	K.	"	biały	"	"	"	
86	"	K.	"	czarny	"	j. żółty	"	
87	"	P.	"	sz. biały	"	"	"	
88	"	G.	"	biały	"	"	"	
89	13/10-25	W.	"	"	"	"	"	
90	"	S.	"	ziem.	"	żółty	"	
91	"	M.	"	biały	"	"	"	
92	14/10-25	K.	"	j. czekol.	brun.	"	"	
93	"	W.	"	c. czekol.	bronz.	"	"	
94	20/10-25	W.	"	biały	"	"	"	
95	3/11-25	U.	"	szary	"	"	"	
96	6/11-25	St.	"	biały	"	"	"	
97	12/11-25	J.	"	szary	"	"	"	
98	7/12-25	S.	"	biały	"	"	"	
99	2/3—26	M.	"	"	"	"	"	
100	3/3—26	M.	"	"	"	"	"	

W schizofrenji reakcja ciemna w 44%
" " " biała " 56%

Nr. p.	Data	Nazw.	Osady Buscaino Pierw.	z H_2No_4	z Kw. Chr.	z 2 Chr. Am.	Uwagi
			Psychosis maniaco-depressiva.				
1	24/3—25	W.	kakao	zm. czar.	j. żółty	c. żółty	depresja
2	9/6—25	M.	biały	"	"	"	"
3	6/6—25	M.	szary	"	"	"	"
4	20/5—25	M.	biały	"	"	"	manja
5	16/6—25	N.	"	"	"	"	"
6	27/5—25	N.	"	"	"	"	hypomanja
			Amentia.				
1	18/3—25	K.	czarny	cytryn.	j. żółty	c. żółty	
2	26/3—25	C.	"	czarny	"	"	
3	28/4—25	K.	c. brun.	brun.	"	"	
4	20/5—25	W.	czarny	bronz.	żółty	j. żółty	
5	"	K.	"	czarny	j. żółty	c. żółty	
6	6/6—25	S.	"	"	"	"	puerperalis
			Psychosis reactiva.				
1	5/5—25	M.	czarny	czarny	j. żółty	c. żółty	forma lękowa
2	"	T.	czekol.	"	"	"	
3	16/6—25	B.	ziem.	"	żółty	j. żółty	
4	27/6—25	Z.	czarny	"	"	"	
			Paralysis progressiva.				
1	15/4—25	S.	czarny	czarny	c. żółty	żółty	
2	4/5—25	M.	szary	"	"	"	
3	27/5	P.	czarny	wiśn.	j. żółty	c. żółty	
4	"	N.	"	"	"	"	obrzęki
5	3/6	P.	biały	"	"	"	
6	4/6	W.	czarny	czarny	żółty	j. żółty	obrzęki
7	17/6	G.	"	"	"	"	
8	23/6	W.	"	"	c. żółty	"	podniecenie
9	25/6	M.	piask.	"	"	"	
10	9/9	P.	biały	"	"	"	
			Lues cerebri.				
1	5/5—25	M.	biały	czarny	"	j. żółty	
2	"	P.	c. czekol.	"	żółty	"	podniecenie
3	19/5—25	K.	brunatny	"	c. żółty	"	
4	12/5	W.	szary	"	"	"	
			Zdrowi i chorzy (niepsychicznie)				
1	23/5—25	Z.	biały	"	"	"	zdrów
2	"	M.	"	"	"	"	"
3	"	M.	szary	"	"	"	"
4	"	D.	biały	"	"	"	"
5	"	P.	szary	"	"	"	"
6	4/4—25	W.	czarny	"	j. żółty	c. żółty	arterioscler
7	4/4—25	F.	czekol.	"	żółty	j. żółty	TBC. pulm.
8	5/5	O.	czarny	"	"	żółty	stenoc. vit. cord.
9	13/5	L.	"	"	j. żółty	c. żółty	" "
10	16/5	Z.	biały	"	"	"	diab. mell.
11	10/5—27	B	"	"	"	"	vit. cordis

TABLI

Nr. p.	Data	Nazw.	Osady Buscaino				Badanie moczu	
			Pierw.	z H_2No_4	z Kw. Chr.	z 2 Chr. Am.	cięż. właść.	kwas mocz. gr. 0/00
			Schizofrenja.					
1	24/3—25	L.	brun.	c. brun.	j. żółty	c. żółty	1.009	0.6
2	"	P.	czarny	czarny	"	"	1.012	0.9
3	26/3	C.	"	"	"	"	1.016	1.2
4	"	F.	k. mlecz.	brun.	żółty	"	1.011	0.4
5	27/3	C.	"	winow.	j. żółty	j. żółty	1.016	0.42
6	"	Cz.	czarny	czarny	bronz.	żółty	1.018	0.8
7	30/3	D.	k. mlecz.	"	kawowy	"	1.022	0.82
8	1/4	J.	c. szary	brudny	kanark.	"	1.011	0.5
9	3/4	Jas	czarny	czarny	żółty	czarny	1.024	0.8
10	15.4	I.	szary	brun.	j. żółty	żółty	1.020	0.65
11	16.4	P.	biały	—	—	—	1.012	0.3
12	29.4	K.	bronz.	bronz.	żółty	j. żółty	1.022	0.9
13	3.5	W.	biały	—	—	—	1.022	0.3
14	4.5	A.	"	—	—	—	1.020	0.4
15	5.5	J.	"	—	—	—	1.010	0.3
16	12.5	W.	biały	—	—	—	1.020	0.5
17	15.5	K.	czarny	czarny	j. żółty	brun.	1.026	0.08
18	16.5	R.	"	"	"	czarny	1.028	0.09
19	"	G.	"	"	żółty	"	1.027	0.125
20	"	K.	"	"	"	"	1.028	0.35
21	19.5	B.	biały	—	—	—	1.015	0.25
22	25.5	K.	czekol.	wiśn.	j. żółty	j. żółty	1.020	0.45
23	27.5	S.	biały	—	—	—	1.012	—
24	30.5	K.	czarny	czarny	j. żółty	c. żółty	1.024	0.28
25	2.6	W.	biały	—	—	—	1.012	0.975
26	"	K.	czarny	czarny	żółty	j. żółty	1.022	—
27	17.10	W.	ziem.	"	"	"	1.012	0.7
28	19.10	S.	czarny	"	pomar.	żółty	1.022	0.5
29	"	M.	c. czekol.	brun.	żółty	j. żółty	1.012	0.6
30	"	K.	"	wiśn.	"	"	1.030	1.4
31	23.10—25	W.	czarny	czarny	"	żółty	1.022	1.4
32	19.4 — 26	S.	j. czekol.	brun.	"	c. żółty	—	1.00
33	19.4 "	K.	ołow.	czarny	j. żółty	"	1.020	—
34	21.4	O.	czarny	brun.	żółty	"	—	—
35	"	D.	"	czarny	"	j. żółty	1.012	—
36	22.4	N.	"	"	j. żółty	c. żółty	—	0.45
37	27.4	K.	"	brun.	żółty	żółty	1.020	0.75
38	"	M.	szary	—	—	—	—	—
39	28.4	G.	c. czekol.	żółty	żółty	j. żółty	—	—
			Różne schorzenia psychiczne.					
1	28.4—25	K.	c. brun	brun.	j. żółty	c. żółty	1.020	0.9
2	20.5	K.	czarny	bronz.	żółty	j. żółty	1.010	0.45
3	5.5	T.	czekol.	czarny	j. żółty	c. żółty	1.011	0.4
4	"	M.	czarny	"	"	"	1.009	0.9
5	8.5	R.	c. czekol.	czekol.	"	"	1.012	0.3
6	13.6	K.	szary	—	—	—	—	—
7	11.5	W.	biały	—	—	—	1.016	0.5
8	15.4	S.	czarny	czarny	cegl.	żółty	1.022	1.316
9	27.5	P.	"	wiśn.	żółty	j. żółty	1.010	0.6
10	3.6	P.	biały	—	—	—	—	—
11	5.5	P.	c. czek.	czarny	j. żółty	c. żółty	1.018	0.8
12	4.4	W.	czarny	wiśn.	"	"	1.015	0.3
13	18.5	G.	kawow.	"	żółty	żółty	1.022	0.28
14	19.5	K.	biały	—	—	—	1.021	0.7
			Zdrowi i chorzy (niepsychicznie).					
1	30.4—25	Z.	biały	—	—	—	1.024	0.28
2	12.5	K.	kakao	wiśn.	żółty	j. żółty	1.022	0.5
3	18.5	W.	c. czek.	czarny	"	"	1.023	1.4
4	16.5	Z.	biały	—	—	—	1.024	0.75

C A I I.

Badanie krwi				UWAGI.
Cukier gr. 0/00	Azot nieb.	kw. mocz. w 100 cm.	chlorki	
1.3	38 mg.	3.7 mg.	250 mg.	
1.8	42	3.8	220	
1.65	36	3.68	240	stan ostrego podniecenia
1.4	28	3.28	250	podniecenie
1.56	28	4	260	
1.5	37	4	250	
1.66	28	2.9	290	stupor
1.24	26	2.8	280	
1.67	35	3.34	220	stan gorączkowy
1.28	32	3.2	260	
1.4	25	2.66	280	
1.2	42	3.2	260	
1.5	25.2	2.6	300	hebephrenia
1.2	26	3	280	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
1.4	39.2	4.64	—	TBC. pulm.
—	—	—	—	
0.7	42	3.85	—	stupor
—	—	—	—	
—	—	—	—	
1.35	87.5	3.5	—	
1.25	28	3.8	—	
1.28	29.4	3.96	220	
1.4	25	3.2	—	
1.56	28	3.86	—	katatonja
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
1.3	32	3.68	200	
2	35	4	—	
1.6	53.2	3.8	—	
1.8	53.2	4	—	
1.8	56	4.2	220	
1.3	49	4.08	200	
1.6	67.2	3.8	—	
1.76	59.4	3.26	—	
2	62	4	180	
—	—	—	—	amentia
1.4	42	3.8	240	amentia
—	—	—	—	psych. react.
—	—	—	—	„ lękowa
—	—	—	—	H-y zamroczenie
1.6	28	3.8	—	H-y
—	—	—	—	psychopatia
1.55	38	4.8	—	paralysis progr.
1.25	32	3.8	—	" "
1.35	30.8	4	—	" "
—	—	—	—	lues cerebri
—	—	—	—	arterioscler. cerebri
—	—	—	—	" "
—	—	—	—	epilepsia
—	—	—	—	zdrowy
—	—	—	—	vitium cordis
—	—	—	—	" "
0.75	32	3.5	400	post. diab. mell.

T A B L I

No.	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad
1 C.	26.3	czarny	27.3	czarny	4.4	czekol.“	5.5	kakao	13.5	szary
2 D.	27.5	„	28.5	biały	29.5	biały	30.5	biały		
3 K.	27.5	biały	29.5	szary	30.5	„				
4 T.	27.5	„	28.5	biały	29.5	„	30.5	kakao“	1.6	biały
5 S.	27.5	„	8.5	szary	9.5	„	30,5	czarny	1.6	„
6 R.	26.5	czarny	27.5	czekol.	28,5	czarny	29.5	szary	30.5	czarny“
7 K.	15.5	„	27.5	„	28.5	„	30.5	czekol.“	2.6	biały
8 C.	28.5	kaw.	29,5	szary						
9 K.	15.5	czarny	20.5	czekol.	29.5	„	30,5	czarny“	3.6	czekol.
10 K.	3.6	„	4.6	czarny	5.6	czekol.	6.6	czekol.“		
11 S.	13.6	„ “	17,6	kaw. ml.	20.6	„“	23.6	kakao	27.6	kakao“
12 W.	17.9	szary	18.9	szary	19.9	„“	20.9	szary	21.9	szary
13 C.	17.9	„	18.9	„	19.9	„“	20.9	„	21.9	„
14 K.	17.9	„	18.9	„	19.9	„“	20.9	piask.	21.9	„
15 A.	17.9	„	18,9	„	19.9	c.czek.“	20.9	szary	21.9	„
16 S,	17.9	„	18.9	„	20.9	szary	21.9	czekol.		
17 G.	17.9	czek,	18.9	„	20.9	„	21.9	szary	22.9	czarny
18 K.	30.9	biały	1.10	biały	2.10	„	3.10	czek.“	4.10	biały
19 Z.	30.9	„	1.10	czarny	2.10	piask.	3.10	„“	4.10	piask.
20 K.	30.9	„	1.10	ołow.	2.10	czarny“	5.10	czarny		
21 P.	30.9	sz. biał.	1.10	szary	2.10	szary	3.10	czek.“		
22 G.	13.10	biały	14.10	piask.	15.10	k. ml.	16.10	szary	19.10	szary
23 W.	13.10	„	14.10	czek.	15.10	ołow.	16.10	czek.	17.10	ziem.“
24 S.	13.10	ziem.	14.10	„	15.10	czarny	16.10	czarny	17.10	czar.“
25 M.	13.10	biały	14.10	szary	15.10	kakao	16.10	czek.	17.10	czek.“
26 K.	14.10	j. czek.	15,10	c. czek.	16.10	czek.				
27 W.	14.10	czek.	15.10	ołow.	17.10	czarny“				
28 W.	20.10	biały	21.10	czek.	22.10	czek.	23,10	ołow.	24.10	czar.“
29 W.	2,11	szary	4.11	„	5.11	„	6.11	biały	7.11	„“
30 J.	12.11	„	13.11	szary	14.11	„“	15.11	czek.	16.11	szary
31 M.	2.3	biały	3.3	czekol.	4.3	szary	5.3	szary	6.3	czek.“

C A III. SCHIZOFRENJA.

Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad
17.5	szary										
4.6	biały	5.6	czarny								
22.9	biały	23.9	biały	24.9	szary	25.9	szary	26.9	czek."	27.9	szar.
22.9	szary	23,9	szary	24.9	„	25.9	„	26.9	„	27.9	szary
22.9	„	23,9	„	24.9	„	25.9	czek.	26.9	„	27.9	„
22.9	„	23,9	„	24.9	„	25.9	biały	26.9	„	27,9	biały
23.9	biały	24,9	biały								
5.10	szar.	6.10	szary	7.10	szary	8.10	kaw.	9.10	czarny	10.10	czar."
5.10	„	6.10	biały	7.10	biały	8.10	szary	9.19	czek.	10.10	czek."
18.10	biały	19.10	biały								
18.10	szary	19.10	czarny								
18.10	kakao	19.10	czek.								
8.11	szary	9.11	czek.	10.11	szary						
17.11	szary	18.11	szary	19.11	szary	20.11	kak.	21.11	czek."	22.11	kak
7.3	biały	8.3	biały	9.3	ziem.	11.3	biały	12.3	biały	13.3	czek.

Nota bene! Znakiem " oznaczono soboty.

T A B L I

No.	Rozpozn.	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad
1 K.	Amentia	18.3	brun.	23.3	czek.						
2 K.	„	13.6	czek. "	15.6	szary	17.6	szary				
3 K.	„	20.5	czarny	22.5	czek.	25.5	czek.	29.5	szary		
4 D.	„	13.1	czarny	14.10	czek.	15.10	czek.	16.10	czek.	17.10	czek.
5 S.	Psych. react.	20.10	biały	21.10	czek.	22.10	czek.	23.10	czarny		
6 K.	„ „	2.3	biały	3.3	biały	4.3	szary	5.3	szary	6.3	kakao
7 T.	Ps. Man. Dep.	2.3	biały	3.3	czek. "	4.3	biały	5.3	szary	6.3	kakao
8 W.	Psychop.	7.5	czek.	9.5	czek.	11.5	biały				
9 P.	Epileps.	17.9	kakao	18.9	szary	19.9	czek. "	20.9	szary	21.9	szary
10 K.	„	17.9	czek.	22.9	szary	23.9	szary				
11 P.	„	3.11	biały	4.11	biały	5.11	szary	6.11	czarny	7.11	czarny
12 S.	Alc. chron.	30.9	biały	1.10	biały	2.10	czek.	3.10	czek. "	4.10	szery
13 U.	„ „	2.3	biały	3.3	biały	4.3	biały	5.3	szary	6.3	czek.
14 R.	Dem. sen.	30.9	czek.	1.10	czek.	2.10	czek.	3.10	czarny	4.10	czek.
15 P.	Paral. pr.	27.5	czarny	28.5	czek.	29.5	szary	30.5	czarny		
16 G.	„ „	30.9	biały	1.10	biały	2.10	szary	3.10	czarny	4.10	szary
17 S.	„ „	20.19	czek.	22.10	czek.						
18 Ł.	„ „	3.11	czek. "	4.11	czek.	5.11	szary	6.11	czek.	7.11	czek.
19 F.	„ „	3.11	czarny	4.11	czek.	5.11	czek.	6.11	biały	7.11	biały
20 D.	„ „	3.11	czarny	4.11	szary	5.11	szary	6.11	biały	7.11	czarny
21 K.	„ „	2.3	czek.	3.3	biały	4.3	szary	5.3	szary	6.3	ziem.

C A III.

Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad	Data	Osad
18.10	czek.	19.10	czek.								
7.3	czarny	8.3	biały	9.3	czarny	10.3	czek.	12.3	czek.	13.3	czek. "
7.3	biały	8.3	biały	9.3	czek.	11.3	biały	12.3	biały	13.3	czek. "
22.9	szary	23.9	szary	24.9	szary	25.9	szary	26.9	czek."	27.9	szary
8.11	szary	9.11	szary	10.11	biały						
5.10	szary	6.10	szary	7.10	kakao	8.19	szary	9.19	szary	19.19	czek. "
7.3	biały	8.3	szary	9.3	kakao	11.3	ziem.	12.3	biały	13.3	kakao"
5.10	szary	6.10	szary	7.10	ziem.	8,10	ziem.	9.10	szary	10.10	czarny
8.11	szary	9.11	czek.	10.11	czek.						
8.11	czek.	9.11	czek.	10.11	szary						
8.11	czek.	9.11	szary	10.11	szary						
7.3	brun.	8.3	biały								

Note bene: Znakiem" oznaczono soboty.

TABLICA IV.

Data	Godz. spoż. pokarmów	Spożyte pokarmy	Godz. oddania moczu	Osad z każ. porc.	Osad z 24 gd.
		Przypadek 1-szy St. schizorenja.			
16.11	13	mięso zupa kapusta	15	szary	
16.11	16	herbata mleko chleb miód	21	czarny	
17 11	—	nic	6	olow. czarny	j. czekol.
„	7.30	kawa mleko chleb	9	czek. czar.	
„	13	rosół makar. chleb mięso	15	j. czekol.	
„	18	herb. szmalec bułka	19.30	szary	
„	—	nic	21	c. czekol.	kakao
18.11	—	„	7	wiś. czek.	
„	7.30	kawa chleb bułka	10	czarny	
„	13	rosół mięso chleb	14	szary	
„	—	nic	16	kakao	czarny
„	18	herb. chleb bułka	18.30	„	
19.11	—	nic	5	ziem.	
„	7.30	kawa chleb bułka	9	brunatny	
„	13	kapusta mięso kasza	15	kakao	
„	18	herbata chleb miód	18.30	ziem.	
„	—	nic	21	„	czekol.
20.11	—	„	6	bronz.	
„	7.30	kawa chleb bułka	9.30	ziem.	
„	13	krupnik chleb 2 jaja kartofle	15	czarny	
„	18	chleb miód bułka herbata	18.30	szaro-ziemny	
„	—	nic	22	czarny	oł. czarny
21.11	—	„	6	brun. czar.	
„	7.30	herbata chleb bułki	9.30	czarny	
„	13	klej chleb mięso kasza	14.30	ziem.	
„	18	chleb bułka herbata	18.15	j. czekol.	
„	21	bułka masło jabłko	21.30	ziem.	sz. ziem.
22.11	—	nic	6	„	
„	7.30	kawa chleb bułka	10	br. ziem.	
„	13	krupn. chleb mięso buraki	14	sz. czekol.	
„	19.30	herbata chleb szynka	20	oł. szary	
„	—	nic	22	czarny	oł czarny
23.11	—	„	6	sz. ziem.	
„	7.30	kawa chleb bułka	9	br. ziem.	
„	13	zupa ryż. chleb kiełb. kasza	15	ziem.	
„	16	bułka jabłko	17	„ szary	
„	18	chleb szmalec bułka herb.	21	„ „	ziem. szar.
24.11	—	nic	6	„ „	
„	7.30	kawa bułka	9.30	„	
„	13.30	rosół mięso chleb kasza	16	piask.	
„	18	herbata chleb	21	j. czekol.	
25.11	—	nic	6	ziem.	c. czekol.
„	7.30	kawa herbata bułka	9.30	„	
„	13	krupnik kartofle mięso	16	czekol.	
„	17	2 bułki mleko	17.30	kawowy	
„	18	herb. chleb szynka	21	piask.	piaskowy
26.11	—	nic	6.30	kaw. mlecz.	
„	7.30	kawa chleb	10	szary	
„	13	krupnik mięso kapusta	15	„	
„	18	herbata chleb	21	„	
27.11	—	nic	6.30	ziem.	oł. czarny
„	7.30	kawa chleb bułka	9.30	czarny	

Data	Godz. spoż. pokarm.	Spożyte pokarmy	Godz. oddan. moczu	Osad z każd. porcji	Osad z 24 godz.
		Djeta bezmięsna.			
4.12	10	kakao bułka	12	szary	
"	13	barszcz chleb kartofle	15	oł. czarny	
"	18	herbata chleb miód	21	czekol.	c. czekol.
5.12	—	n i c	6	czarny	
"	7.30	kawa chleb bułka	9.30	szary	
"	13	kluski kaszą mleko	15	biały	
"	18	herbata bułka masło	19	biały	
"	—	n i c	22	czarny	biały
6.12	—	"	6.30	czekol.	
"	7.30	kakao bułka chleb	10	czarny	
"	13	klej kasza jajką	17	czarny	
"	18	bułka chleb miód kawa	22	czekol.	
"	—	n i c	24	szary	czekolad.
7.12	—	"	6.30	czekol.	
		Djeta mięsna			
"	7.30	szynka bułka herbata	9	biały	
"	13	mięso rosół bułka szynka	14	szary	
"	—	n i c	6	"	biały
"	18	mięso szynka chleb herbata	21	biały	
8.12	—	n i c	6	szary	
"	7.30	szynka chleb kawa	8.30	biały	
"	13	mięso rosół kiełbasa	14	szary	biały
"	18	mięso bułka sz/nka kawa	21	biały	
9.12	—	n i c	3	szary	
"	7.30	szynka herbata chleb	9	błaiy	
"	13	mięso barszcz szynka	15	czekolad.	
"	—	n i c	17	biały	szary
"	18	mięso kiełbasa herbata	19	szary	
"	—	n i c	23	biały	
10.12	—	"	6	j. czek.	
"	7.30	szynka chleb kawa	9	biały	
"	13	mięso rosół szynka	14	"	
"	—	n i c	17	ołow.	szary
"	18	mięso bułka szynka	22	szary	
		Djeta bezmięsna. Przypadek drugi Sum. Schizofrenja.			
17.12	7.30	kawa bułka miód	10	biały	
"	13	krupnik kartofle chleb	14	czekol.	
"	18	kakao chleb miód	22	czarny	
18.12	—	n i c	3	"	czarny
"	7.30	bułka herbata miód	9	"	
"	—	n i c	10	"	
"	13	klej bułka kartofle	16	"	czarny
"	18	kartofle bułka masło	22	szary	
"	—	n i c	23	czarny	
19.12	7.30	kawa bułka chleb	9	"	

TABLICA V.

No.	Data	Nazw.	Badanie moczu		Przewid. osad	Osad Buscaino	Uwagi i rozpoznanie
			Il. Chlr. gr.	Il. kw. m. w litrze			
1	3.6-26	N.	4.2	0.389	ciemny	j. czekol.	schizofr.
2	"	M.	10.00	0.232	biały	biały	"
3	6.6	S.	8.5	0.324	"	"	"
4	"	M.	12. pp	0.525	"	"	"
5	"	A.	15.5	0.362	"	"	"
6	"	S.	5.5	1.082	ciemny	c. czekol.	"
7	9.6	S.	16.5	1.00	biały	biały	"
8	"	K.	18.00	0.432	"	"	"
9	"	Ł.	6.5	0.542	ciemny	oł. czarny	"
10	10.6	A.	14.5	0.404	biały	biały	"
11	"	M.	18.5	1.212	"	"	"
12	"	E.	15.5	0.649	"	"	"
13	11.6	R.	7.5	1.212	czarny	czarny	"
14	"	N.	4.3	0.830	"	"	"
15	"	M.	3.00	0.955	"	"	"
16	12.6	G.	13.5	0.433	biały	biały	"
17	15.6	M.	5.00	0.216	"	"	"
18	"	M.	11.5	0.397	"	"	"
19	"	K.	13.00	0.612	"	"	"
20	"	K.	4.00	0.216	"	"	"
21	"	M.	6.00	0.620	ciemny	kakao	"
22	7.6	S.	17.5	0.546	biały	biały	par. progr.
23	13.6	K.	19.6	0.587	"	"	" "
24	"	C.	5.00	0.386	ciemny	brun.	" "
25	"	H.	16.00	0.397	biały	biały	" "
26	"	S.	14.4	0.866	"	biał. żółt.	alc. chron.
27	12.6	B.	16.5	0.866	"	biały	vit. cord.
28	7.6	Z.	12.00	0.505	"	"	sanus

TABLICA VI ORJENTACYJNA.

I. Osad biały		II. Osad kolorowy		III. Osad czarny	
Il. Chlor. gr.	Il. kw. mocz. w litrze	Il. Chlor. gr.	Il. kw. mocz. w litrze	Il. Chlor. gr.	Il. kw. mocz. w litrze
20	1	20	1.6	20	1.8
19	0.95	19	1.52	19	1.71
18	0.9	18	1.44	18	1.62
17	0.85	17	1.36	17	1.53
16	0.80	16	1.28	16	1.44
15	0.75	15	1.20	15	1.35
14	0.7	14	1.12	14	1.26
13	0.65	13	1.04	13	1.17
12	0.6	12	0.96	12	1.08
11	0.55	11	0.88	11	0.99
10	0.5	10	0.8	10	0.9
9	0.45	9	0.72	9	0.81
8	0.4	8	0.64	8	0.72
7	0.35	7	0.56	7	0.63
6	0.3	6	0.48	6	0.54
5	0.25	5	0.4	5	0.45
4	0.2	4	0.32	4	0.36
3	0.15	3	0.24	3	0.27
2	0.1	2	0.16	2	0.18
1	0.05	1	0.08	1	0.09

nych w ciągu 3 do 12 dni zaledwie w ośmiu przypadkach można było stwierdzić stale te same osady w moczu, ale raczej z wynikiem negatywnym, gdyż były to osady białe lub szare, a tylko w 2 przypadkach ciemne; po 2-gie: ilość i barwa osadów zależą od stosunków ilościowych kwasu moczowego i chlorków w moczu; po 3-cie czarna reakcja Buscaina świadczy o wzmożonem wydzielaniu kwasu moczowego lub zmniejszonem wydzielaniu chlorków; po 4-te: osady ciemne Buscaina mogą być uważane jako objaw zaburzeń regulacji przemiany materji w tem znaczeniu, że dany organizm niedostatecznie reguluje przemianę chlorową i białkową; po 5-te: osady ciemne Buscaina częściej jednak występują w schorzeniach psychicznych, niż u chorych dotkniętych cierpieniem fizycznem.

Czuję się w obowiązku zaznaczyć, że początkowe badania, dotyczące tej pracy, prowadziłem wspólnie z D-rem Jerzym Michalskim.

Równocześnie z badaniami, które przeprowadzane były w pracowni Kliniki Psychjatrycznej U. W. badania nad reakcją Buscaino odbywały się w Zakładzie Chemji Fizjologicznej U. W. w którym przez asystenta tego Zakładu Kol. Dmowskiego poczynione były pierwsze spostrzeżenia nad częściowem strącaniem chlorków.

Zakład Chemji fizjologicznej U. W. poczynił również spostrzeżenia, że pewne kwasy proteinowe dają reakcję ciemną, a dalej, że etero-siarczany również dają czarne osady w moczu. Co do tego ostatniego spostrzeżenia nadmienić muszę, że reakcja Salkowskiego, dotycząca siarczanów w moczu, oparta była na odczynie azotanu srebra na gorąco, przyczem powstawały osady ciemne. W odróżnieniu jednak od osadów Buscaino, osad Salkowskiego pod wpływem amoniaku ulega odbarwieniu, podczas gdy osad Buscaina pozostaje albo barwy pierwotnej, albo zmienia barwę według skali, podanej przez *Buscaina*.

Właściwą wartość reakcji *Buscaina* można będzie ocenić oczywiście dopiero wtedy, kiedy zostanie ścisle stwierdzony chemiczny charakter ciał, które je dają, i kiedy zostaną dokładnie wyjaśnione warunki chorobowe, przy których otrzymuje się odczyn czarny.

Piśmiennictwo.

V. M. Buscaino. Un metodo chemo—morfologico semplice per l'individuazione d'ammine abnormi nelle orine umane Clinica medica 1923.

— Ammine tossiche presenti in circolo, in dementi precoci; mancanti in maniaci e in melancolici. Rassegna di Studi Psychiatrici 1923.

V. M. Buscaino. Sostanze basiche svelate, nella orne umane, della reazione con il nitrato d'argento a caldo, in condizioni normali e patologiche. Pesaro 1923.
— Ammine tossiche presenti in circolo, in amenti. Riv. di Patologia nerv. e mentale 1923. Vol XXVIII tarc. 9—10.
— Alterazioni del fegato etc. Ibiden fosc. 11—12 Vol. XXVIII. 1923.
— Dati riassuntivi sulla presenza di sostauze basiche abnormi etc. Ibiden 1924. Vol. XXIX fasc. 7—8.
— Ricerche sulla genesi e sull importanze clinica delle reazioni nere etc. Rassegna di Studi Psichiatrici Vol. XIV fasc. I 1925.
— Belloni e Pererico. La reazione del nitrato d'argento a caldo nelle urine di ammalati di mente. Cytovane Ibidem Vol. XXXII farc 3 1827.
G. Santangelo. Il bilancio tossicó dell'organismo nella malattie menteli. Cyt. Ibidem Vol YXXI fasc. 2. 1926.
Marguglio e Tripi. Lo studio del bilancio tossico nella demenza precoce e negli stati confusionali. Cyt ibidem XXXI fasc. 5. 1926.

RÉSUMÈ.

St. Zamecki. Sur la „réaction noire" de Buscaino.

L'auteur a fait dans la Clinique Psychiatrique de l'Université à Varsovie 982 examens des urines de 278 malades, par épreuve au nitrate d'argent chaud de Buscaino. L'examen d'une portion des urines des dements précoces a donné la rêaction noire dans 44% des cas, mais l'examen des urines chez la même catégorie des malades, prises de toute la journée, répété pendant 3 jusqu'à 12 jours, n'a donné la réaction noire constante que dans 9,8% des cas. Dans la folie maniaque-depressive l'auteur a trouvé parmi 6 examinés une seule fois le précipité de couleur noir cacao. Dans tous les cas de l'amentia et de l'excitation aigüe, ainsi que chez tous les malades (non aliénés) atteints de la pneumonie, de la tuberculose avancée, des graves maladies du coeur,—surtout chez des malades avec un mauvais ètat de noutrition, l'auteur a constaté régulièrement des précipités noirs.—En répétant plusieures fois dans la journée, chez le même malade, l'examen de ses urines, l'auteur a remarqué, que bien souvent les urines du matin ont donné une autre couleur du précipité, que celles du soir. Parfois les portions des urines du même malade, examinées separément, ont donné une autre couleur du précipité, que leur mixtion de toute la journée; cette différence n'a pas pu être attribueé à la décomposition des urines. — Chez les malades et chez les sains, l'auteur recevait le lendemain du jeûne des précipités foncés; les jours suivants, si la diéte fut prolongée, la couleur des precipités n'était plus constante.

L'examen chimique plus détaillé des urines et du sang (acide urique, nitrogéne non-albumique, sucre et chlorures) n'a pas attribué à éclaircir la pathogénése de la reaction de Buscaino. La vérification *in vitro* d'autres épreuves, récommandées par Buscaino, a donnée des effets négatifs excepté une seule: 4 cm cube de la solution (1 : 1000) de l'acide urique donnent avec 2 cm^3 de la solution (5%) du nitrate d'argent chaud le précipité noir-chocolat. Si l'on ajoute à la mixtion de l'acide urique et du nitrate d'argent une certaine quantité de chlorure du soude, on réçoit le précipité blanc, qui, échauffé, devient de couleur grise, puis chocolat jusqu'à noir-charbon, c'est ce qui dépend de la quantité de l'acide urique et des chlorures du soude. Or, les couleurs de ces précipités correspondent à celles, que Buscaino obtient des urines. En plus, les épreuves de l'acide chromique, de l'ammoniaque etc., donnent avec cette solution artificielle les mêmes types microscopiques des précipités, que Buscaino a obtenu des urines.

D'après les recherches, faites par le Dr. Dmochowski dans l'Institut de chimic physiologique de l'Université de Varsovie, et par l'auteur dans la Clinique psychiatrique, un rôle essentiel dans la réaction de Buscaino joue la quantité des chlorures du soude. Et notamment, on obtient les précipités blanc, quand la solution contient l'acide urique et chlorures dans la proportion 5 : 100, les précipitès foncés, quand la même proportion = 8 : 100, et enfin les précipités noirs—dans la proportion = 9 : 100. Or, les urines normales donnent les précipités blancs, parcequ' en moyenne leur contenu en acide urique et en chlorure correspond à la proportion 5 :100. L'auteur a obtenu les résultats constants dans deux épreuves: 1⁰ il recevait les précipités noirs des chaques urines, si l'on y ajoutait une certaine quantité de l'acide urique; 2⁰ et il recevait toujours les précipites blancs, si' l'on y ajoutait une certaine quantité des chlorures du soude. On obtient donc la réaction noire de Buscaino dans tous les cas, ou la quantité de l'acide urique dans les urines est augmentée, ou au contraire la quantité des chlorures est diminuée.

Il parait que—vu la grande instabilité de la reaction — il est difficile d'en tirer á présent d'autres conclusions.

EPIDEMJA PSYCHICZNA W SŁUPI POD ŚRODĄ.

(Z psychologji i psychopatologji sugestji).

podali

STEFAN BŁACHOWSKI I STEFAN BOROWIECKI.

Zjawisko sugestji, po dłuższej przerwie, staje się znowu w nauce aktualne[1]). Temat ten jednak bywa dzisiaj omawiany oczywiście w sposób nieco odmienny niż w latach 1880—1895, w których nauka nie rozporządzała jeszcze ani tak znacznym materjałem, ani tak subtelnemi metodami badania jak dzisiaj. Mimo wielkie postępy w metodycznem badaniu i teoretycznem ujmowaniu sugestji, zjawisko to posiada zawsze jeszcze tyle cech tajemniczych i nieuchwytnych, że należy dla celów badawczych wykorzystać każdą sposobność, w której ono występuje ze szczególną dobitnością i to nie jako sztuczny produkt eksperymentalny, lecz w pełni konkretnej rzeczywistości, w „laboratorjum życia", jak mawiał *William James*. W przekonaniu, że epidemja psychiczna w Słupi pozwala głęboko wniknąć w strukturę psychologiczną sugestji, przystępujemy do przedstawienia w najogólniejszych zarysach wyników naszych badań, zaznaczając, że idzie tu o zjawisko rzadkie a oświetlające tak zwaną sugestję ze strony, zwłaszcza dla lekarzy, mało znanej. Aktualne dzisiaj zagadnienia z zakresu sugestji oraz ich teoretyczne ujęcie wyłonią się w ten sposób same przez się z opisu, znajdując w nim rownocześnie najlepszy probierz swej wartości.

Kilkoro dzieci służby folwarcznej w Słupi Wielkiej pod Środą, które wybrało się d. 14. VIII. 26 zbierać zioła i kwiaty do święcenia nazajutrz w dzień Wniebowstąpienia Matki Boskiej, wracając o zmroku zobaczyło zdala od wsi przy drodze polnej Matkę Boską. 12-letnia Janka (patrz ryc. 1) ujrzała w pobliżu drzew jakąś niezwykłą postać, pokazała ją towarzyszącym jej dzieciom: 11-letniej Józi, 10-letniej Stasi i 6-letniemu Edziowi, i wszystkie za nią widziały w tej postaci

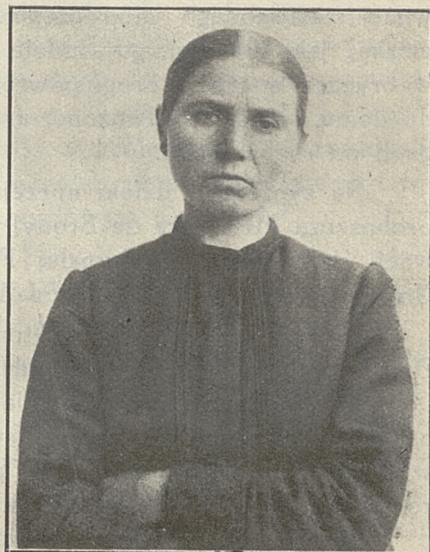
[1]) P. Janet: Rapport sur la suggestion. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, tom 20, zeszyt I, 1927.

Matkę Boską. Nazajutrz, d. 15. VIII. 26, poszły wieczorem o tej samej godzinie na to samo miejsce, i widzenie miało się powtórzyć. Odtąd chodziły w miejsce to codziennie w towarzystwie coraz to większej ilości ludzi, którzy śpiewali nabożne pieśni i odmawiali głośno modlitwy, a widzenie powtarzało się. Tylko chłopiec przestał wkrótce widywać Matkę Boską. Po kilku dniach widzenia przestały występować z regularnością codzienną, a kiedyś wystąpiły dopiero po kilku dniach.

D. 3. IX. 26 przyłączyła się do dzieci osoba dorosła, lat 28, córka fornala z jednej ze wsi sąsiednich. Osobę tę nazywać będziemy



Ryc. 1.
12-letnia Janka, która pierwsza ujrzała Matkę Boską d. 14. VIII. 1926.



Ryc. 2.
28-letnia Franciszka—histeryczka, pod wpływem której widzenia przybrały charakter zamroczeń.

Franciszką (patrz ryc. 2). Kiedy dzieci miały mieć widzenie, co poznawano po trzymaniu rąk, które unosiły złożone ku czołu, zapadła ona w jakiś stan, który niektórzy mieli za zemdlenie, w którym wyniesiono ją na sąsiednie pole. Inni mówili jednak, że to nie zemdlenie, bo stała się sztywna i ruszyć jej nie mogli. Twierdzi ona, że miała wtedy widzenie, ale niezupełne, bo jej przeszkodzono.

Kiedy nazajutrz d. 4. IX. 26 poszła Franciszka znowu wieczorem z dziewczynkami na zwykłe miejsce, miała już widzenie wyraźne. Zrobiła się wtedy sztywna i nie widziała, jak twierdzi, nic prócz

Matki Boskiej. Dnia tego miały również dzieci zapaść jakby w stan snu, w którym nie widziały ludzi ani ich nie słyszały, w stan zbliżony do stanu, jaki widziano dnia poprzedniego i tego samego u Franciszki. Dnia tego miały dziewczynki po raz pierwszy także słyszeć Matkę Boską. Janka miała słyszeć słowa „módlcie się za grzeszników, bo niema wiary". To samo podaje Józia i Stasia. Ta ostatnia twierdzi tylko, że się to działo któregoś z dni późniejszych.

Dzień później, d. 5. IX. 26, miała słyszeć Matkę Boską i dorosła dziewczyna. Padła ona też wtedy twarzą na ziemię, o czem sama miała nie wiedzieć, i odtąd padała codziennie wraz z dziećmi, które dnia tego, jak i dni następnych, zapadały wraz z nią w opisany wyżej stan sennego zamroczenia. Ze stanu tego budziła się Franciszka, jak twierdzi, gdy ludzie się rozchodzili. Kiedyś ocknęła się w bryczce w czasie drogi powrotnej. Dzieci zazwyczaj wynoszono do domu, czasami odwożono, a niekiedy szły one na własnych nogach po rozbudzeniu.

Na życzenie i dzięki uprzejmości władzy duchownej (księdza proboszcza Meissnera ze Środy) mieliśmy możność badania i obserwacji dziewczynek i dorosłej Franciszki w klinice neurologicznej Uniwerstytetu Poznańskiego od d. 11. IX. 26 do d. 4. X. 26

Badania te szły innym torem u dziewczynek i u Franciszki. Dziewczynki w stosunku do badania zajmowały stanowisko niechętne i obronne. Widzenia swoje opowiadały niby wyuczoną lekcję w sposób naogół dość jednolity. Abstrahując narazie od oceny widzeń z punktu widzenia patologicznego, można powiedzieć, że jakichś stanów chorobowych, godnych wzmianki, nie można było u nich stwierdzić.

Dorosła Franciszka przypisywała badaniom duże znaczenie z punktu widzenia religijnego i starała się iść badaniom możliwie na rękę. Z zeznań jej wynikało nadto w sposób niewątpliwy, że już przed 2 laty cierpiała ona na napady, w których miała różne dolegliwości o charakterze nerwicowym, a także sztywniała, nie mogła mówić, i zdawało się jej, że umiera. Na podstawie danych tych wobec braku jakichkolwiek oznak cierpienia organicznego można było rozpoznać u niej objawy i napady histeryczne. Marzyła ona o życiu w czystości, a w miarę coraz to większego odwracania się jej od życia występowały u niej objawy histeryczne. W klinice zapadała ona przez kilka dni codziennie na kilka godzin w stan, w którym nic nie mówiła, klęczała czy leżała krzyżem i miała widzenie Męki pańskiej.

Pragnąc zorjentować się w warunkach powstawania widzeń poddaliśmy dziewczynki i Franciszkę następującym badaniom:

1) badaniom inteligencji metodą *Bineta i Simona*,
2) badaniom sugestyjności,
3) badaniom spostrzegania i wyobraźni testami *Rorschacha*,
4) badaniom zdolności ejdetycznej sposobami *E. R. Jaenscha* i *Kiesowa*.

Badania inteligencji[1]) wykazały najniższą inteligencję z dziewczynek u 12-letniej Janki, która pierwsza Matkę Boską zobaczyła i, jak się zdaje, innym Ją pokazała. Iloraz jej inteligencji wynosi 0,86, stoi zatem poniżej inteligencji przeciętnej. Według terminologji *Termana* możnaby ją zaliczyć do ociężałych umysłowo. Dwie drugie: Józia, lat 11, i Stasia, lat 10, okazały inteligencję znacznie od niej wyższą: iloraz obydwu wynosił, mówiąc okrągło, 1. Inteligencja dorosłej Franciszki okazała się, jak i inteligencja Janki, niewysoka. Z testów dla młodzieży ponad lat 15, wzgl. dla dorosłych, rozwiązała ona tylko jeden, mianowicie test 4-y, w którym chodzi o zaznaczenie różnicy pomiedzy formą rządu w królestwie i w republice. Rozmowy z nią wyrobiły w nas również przekonanie, że jest to osoba o ograniczonym horyzoncie umysłowym.

Wszystkie trzy dziewczynki i Franciszka wykazały w 5 różnych doświadczeniach nad sugestyjnością[2]) wielką podatność na wpływ zewnętrzny. Diewczynki stały pod tym względem mniej więcej na jednym poziomie, a największą sugestyjnością odznaczała się się osoba dorosła. U najmłodszej, 10-letniej Stasi udało nam się nadto wywołać na drodze sugestyjnej widzenie obrazka Matki Boskiej. Doświadczenie to przeprowadziliśmy w ten sposób, że pokazaliśmy jej naprzód obrazek Matki Boskiej, gasiliśmy potem światło tak, że salę zalegała ciemność, dalej usuwaliśmy z chwilą zaciemnienia sali obrazek, znowu zapalaliśmy lampkę, tym razem jednak o natężeniu światła bardzo słabem i sugerowaliśmy, że sala stopniowo będzie się rozjaśniać, aż obrazek stanie się widoczny. Chodziło tu zatem

[1]) W badaniach tych posługiwaliśmy się skalą metryczną inteligencji *Bineta* i *Simona* w opracowaniu, podanem przez *Tadeusza Jaroszyńskiego* w książce „Metody badań psychologicznych w szkole" (Warszawa, Nakładem Ministerstwa Zdrowia Publicznego, 1920, str. 12 i n).

[2]) Wykonaliśmy badania nad sugestyjnem:
1. słyszeniem zatrzymanego w biegu zegarka (stoppera),
2. odczuwaniem dotyku dwóch palców,
3. spostrzeganiem zapachu,
4. przypominaniem szczegółów oglądanego poprzednio obrazka,
5. ocenianiem długości linij.

Badania te przeprowadzono, z pewnemi modyfikacjami, na wzór znanych eksperymentów *Rossolima* i *Bineta* (zob. także *Jaroszyński*, op. cit, str. 102).

o widzenie pod wpływem sugestji obrazka, którego nie było. Okazało się, że Stasia już po 2 minutach zobaczyła dokładnie schowany przez badających obrazek i policzyła nawet wszystkie gwiazdy okalające głowę Matki Boskiej. Widzenie to utrzymywało się przez szereg minut i mogło być wywołane parokrotnie. U Józi, Stasi i Franciszki widzeń podobnych nie zdołaliśmy wywołać.

U żadnej z czterech badanych osób nie można było wykryć zdolności ejdetycznych[1]).

Ciekawy wynik dały natomiast badania spostrzegania i wyobraźni przy pomocy testów Rorschacha[2]).

Jak wiadomo, tablice Rorschacha przedstawiają nieokreślone figury i plamy, powstałe w sposób zgoła przypadkowy przez chlapnięcie na papier kilku kropli atramentu, które następnie, po złożeniu papieru we dwoje, rozmazuje się poprzez papier. Powstałe w ten sposób tablice przedkłada się osobom badanym, zadając równocześnie pytanie: „coby to mogło być?" Na podstawie zachowania się osób badanych, ich odpowiedzi, względnie zahamowań wewnętrznych, powstrzymujących je od dania odpowiedzi, można uzyskać wgląd zwłaszcza w taki materjał wyobrażeniowy, który w danej chwili znajduje się w stanie pogotowia, ma możność najłatwiejszego ujawnienia się każdej chwili i zostaje przez osobę badaną wyrażony w słowach, o ile niema specjalnych przyczyn hamujących.

Początkowe doświadczenia z Janką i Józią nie doprowadzały do żadnego rezultatu. Janka nie odpowiadała nic, Józia mówiła stale, że figury te nic jej nie przypominają, że w nich nic nie widzi i t. d. Negatywny ten wynik przypuszczalnie nie pochodził jednak stąd, że

[1]) W wyobrażeniach ejdetycznych zjawiają się obrazy widzianych kiedyś przedmiotów tak dobitnie i wyraziście, że się je dosłownie widzi, podobnie jak się widzi obrazy kontrastu następczego. W naszych badadniach nad ejdetyzmem posługiwaliśmy się metodami *Jaenscha* i *Kiesowa*, próbując wywołać zjawisko kontrastu optycznego, a nadto wyobrażenia odtwórcze czarnych sylwetkowych i barwnych obrazków oraz czarno wyrysowanych, trudnych do zapamiętania figur. Ciekawą jest rzeczą, że u Stasi, Józi i Franciszki nie można nawet było stwierdzić obrazów kontrastu następczego. Janka łatwo tworzy i zauważa obrazy kontrastu następczego i po oglądaniu jednego obrazka widzi „coś czerwonego z lewej strony". Ale wyrażenie to jest zbyt ogólnikowe, a samo zjawisko, na które wskazuje, zbyt drobne, iżbyśmy mogli na tem oprzeć diagnozę ejdetyzmu. W rezultacie zatem wszystkie eksperymenty nad ejdetyzmem wypadły negatywnie.

Literatura: E. R. Jaensch: 1. Die Eidetik und die typologische Forschungsmethode. Zeitschrift für pädagogische Psychologie, tom 26, 1925, 2. F. Kiesow: Zur Kritik der Eidetik, VIII-th International Congress of Psychology, Groningen 1927.

[2]) H. Rorschach: Psychodiagnostik. Arbeiten zur angewandten Psychiatrie, tom 2. Bern, Ernst Bircher, 1921.

małym wizjonerkom nic nie przychodziło na myśl w czasie oglądania tablic, lecz był raczej wynikiem oporów wewnętrznych, wstrzymujących je od wyrażania swych myśli, nieufnego odwracania się od badań i niechęci do badań klinicznych.

Dorosła Franciszka natomiast, którą z kolei poddaliśmy badaniu i to rozmyślnie w obecności Janki i Józi, dostarczyła nam obfitego materjału wynurzeń. Górowały w nich myśli o złych duchach i szatanach, przeplatane zrzadka innemi myślami o koronach, kwiatach i t. d. Szczególnie jedna z tablic przez nas samych sporządzona dała obfity plon. Przypatrywała się jej ona najpierw przez kilkanaście minut, mówiąc jedynie, że to jej nic nie przypomina, nagle zasłoniła twarz rękami i zaczęła płakać. Wśród myśli, które wypowiedziała potem dla wytłumaczenia swego zachowania, znajdujemy np. takie: „pomyślałam sobie zaraz, że to są psy z rogami i zaraz oderwało mnie od tego, ażeby to rzucić. Te psy z rogami to są jak złe duchy." Potem wogóle nie chciała już spojrzeć na tablicę, mówiąc: „słyszałam teraz, kiedy się patrzyłam, głos, że, jak mam służyć Matce Boskiej, to nie mogę się przypatrywać szatanowi."

Kiedy w parę dni potem przeprowadziliśmy ponownie eksperymenty z Janką i Józią, a w dalszym ciągu ze Stasią, natrafiliśmy również na myśli i wyobrażenia podobne.

Czy można uważać Franciszkę za wyłączną autorkę myśli o złych duchach i szatanach, powiedzieć trudno, w każdymbądź razie ona była ich pierwszą jasną wyrazicielką, ona pierwsza zakwalifikowała obrazy jako nieczyste i ona wpłynęła na grunt podatny, jaki przedstawiały dziewczynki.

Doświadczenia te demonstrują nietylko wielki wpływ Franciszki na dziewczynki, ale świadczą o wielkiej jednolitości nastawienia psychicznego całej czwórki wizjonerek, która broniła się gwałtownie przed oglądaniem obrazków, nasuwających jej myśli o szatanach i nieczystych rzeczach. Podobnie jak w Słupi cała czwórka wykazywała wielkie zgranie się w całem swojem zachowaniu się, tak i przy doświadczeniach tych wytworzyła się szybko zgodna negatywna reakcja wobec obrazków.

Dalsza analiza wyniku badań z testami *Rorschacha* pozwala twierdzić, że uwydatniło się w nim nietylko nastawienie psychiczne wizjonerek, ale i szerokich warstw ludności, wierzącej w „cudowne" objawienie Matki Boskiej. Wynik ten był tylko jednym z objawów żywej niechęci do lekarzy i wszystkich wątpiących, nie wyłączając księży, której najdobitniejszy wyraz dała matka Józi, twierdząc, że lekarze chcieliby tak długo zatrzymać dzieci w klinice, aż się im

w głowie przewróci. „Niech dzieci wracają lepiej, mówiła ona, żądając, aby dzieci zwolniono z kliniki do domu, tam w Słupi księdza nie widać, a jednak ludzie przychodzą, modlą się i nie za ciężko im, automobilami przyjeżdżają. W Poznaniu są kościoły ładne, ale dzieciom pozwala się chodzić do kościoła tylko w niedziele"... Eksperyment ten ilustruje słowem także kontakt pomiędzy dziewczynkami i Franciszką a ich otoczeniem, odnoszącem się do widzeń i zachwytów z coraz to większem zainteresowaniem i przejęciem się oraz tworzącem legendy. To też otoczeniu temu poświęciliśmy w badaniach swoich również szczególną uwagę.

Pierwsze opowiadanie dziewczynek o widzeniu Matki Boskiej wzbudziło wątpienie, śmiech, posądzenia o kłamstwo. Grożono im karą boską, kazano je bić. Równocześnie jednak opowiadanie to zaniepokoiło i zaciekawiło najbliższe otoczenie dziewczynek. Radzono dzieciom iść nazajutrz w to samo miejsce, a matka Stasi mówi nawet, że kazała się jej tam udać. Starsi, a przedewszystkiem rodzice, zaczęli chodzić z dziećmi co wieczór na miejsce widzeń, modlili się i śpiewali z niemi.

W miarę powtarzania się widzeń i coraz to bardziej urozmaiconego ich obrazu, gdyż od d. 4. IX. 26 nabrały one charakteru „zaśnięcia" — „zachwytu", a mówiąc językiem psychopatologji — zamroczenia, coraz bardziej ustępowały pierwsze objawy protestu i zaczęła się szerzyć wiara w cudowność zjawiska. Wraz z wiarą tą zaczęły się szerzyć wobec braku jakichkolwiekbądź dokładniejszych wiadomości legendy, które rozwijały się samorzutnie w kilku kierunkach.

Na plan pierwszy wysunęła się legenda, tworząca się dokoła postaci dziewczynek. Zamiast śmiać się i grozić, zaczęto mówić o ich „świętości", „cudowności", „błogosławieństwie". Niejasność, albo brak zupełny widzeń u starszych, zaczęto tłumaczyć tem, że dziewczęta są niewinne, nie mają grzechu, nie obraziły Pana Boga ciężkim grzechem, a więc mogą dostąpić szczególnej łaski. Udawano się codziennie z dziećmi na miejsce widzeń, jak powiedział ktoś, jakby na mszę świętą, odprawianą przez dzieci. Zwracano się do nich z pytaniami, prośbami, a nawet prośbami o pytania i poleceniami. Starano się zapoznać z niemi, porozmawiać, spać pod jednym dachem. Miejsce, w którem dzieci ujrzały Matkę Boską, zostało ubrane kwiatami, różańcami, obrazkami i wotami. Utworzono tam coś w rodzaju ołtarzyka z figurą Matki Boskiej (patrz ryc. 3), przed którym palono świece, a pewien 19-letni chłopak, który widział kiedyś z drugim kolegą jasność i koronę, ofiarował się go doglądać.

Wielu obrywało liście i koronę czereśni, stojącej około miejsca „cudownego". Coraz bardziej zaczęło się rozpowszechniać mniemanie, że widzenia w Słupi to coś podobnego do objawienia się Matki Boskiej w Lourdes.

Zaczęły się zjawiać opowiadania o cudownych wyleczeniach i mówiono o karach, jakie miały spotkać tych, którzy nie wierzyli w objawienie i pozwalali sobie z niego żartować.

Tak przedstawia się w najogólniejszych zarysach materjał dotyczący wydarzeń w Słupi, jaki zgromadziliśmy do dn. 4. X. 26, t. j. do



Ryc. 3.
Pielgrzymi zebrani w miejscu widzeń, w którem utworzono rodzaj ołtarzyka.
Z fotografji p. Zdzisława Trandy.

chwili wyjazdu dziewczynek i Franciszki z kliniki. Jak można było wnosić z nastroju, w jakim opuszczały one dnia tego klinikę w Poznaniu, jakoteż z nastroju ich rodzin oraz szerokich warstw ludności, zainteresowanie się i przejęcie widzeniami i zachwytami w Słupi nie miało się bynajmniej ku końcowi, lecz okazywało raczej wyraźną tendencję do rozrostu. Kurja arcybiskupia nie wypowiedziała wówczas jeszcze swojego zdania, a co do wyniku badań w klinice krążyły jedynie plotki, z których, jak się zdaje, najpopularniejszą stała się wersja, że dzieci są zdrowe, że potrzebne są zatem raczej badania psychologiczne, czy też wreszcie, że widzenia uznać należy wobec podobnycb rezultatów badań naukowych za

zjawisko nadprzyrodzone. To też wiadomości o Słupi mimo niekorzystnej pory roku—późnej jesieni—ogarniały coraz to szersze kręgi społeczeństwa i pielgrzymki coraz to liczniejsze ciągnęły nadal ze wszystkich stron w głębokiej wierze, że dzieje się coś niepojętego i cudownego. D. 8. XII. 26-w święto Niepokalanego Poczęcia Matki Boskiej spodziewano się jakiegoś cudu—objawienia się Matki Boskiej wszystkim zebranym, mówiono, że dnia tego czereśnia, w której ukazała się Matka Boska, zakwitnie, że źródło wytryśnie, że właściciel Słupi—niemiec i protestant — ślubował wybudować kościół, przejść na katolicyzm i t. d. Nie jesteśmy w stanie przedstawić ruchu tego we wszystkich szczegółach, z konieczności musimy zatem poprzestać na przedstawieniu faktów najbardziej reprezentacyjnych, jakie wkrótce po grudniowem święcie Matki Boskiej wpadły w nasze ręce.

Po wyjściu wizjonerek z kliniki dało się z jednej strony spostrzegać gwałtowne szerzenie się wiary w cudowność objawienia się dzieciom Matki Boskiej, z drugiej strony jednak wkrótce coraz bardziej zaczęły się mnożyć głosy, ostrzegające przed pielgrzymkami na „cudowne" miejsce w Słupi i ślepą wiarą w nadprzyrodzony charakter widzeń, które początkowo tylko wyjątkowo dały się słyszeć. Sami uczestnicy pielgrzymek podkreślali mało poważny charakter pielgrzymek do Słupi i „zachwytów" samych. Opinja sceptyczna i krytyczna coraz bardziej zwyciężała we wszystkich warstwach społeczeństwa. Swój wyraz poważny znalazła ona w zarządzeniu władzy duchownej przeniesienia figury Matki Boskiej z drogi polnej w Słupi do kościoła w Środzie d. 8. XII. 26. Postanowienie to powziął ks. proboszcz Meissner, chcąc opanować żywiołowo budzący się masowy ruch religijny i pozbawić go domieszki wrogiej duchowi nauki kościoła katolickiego.

D. 8. XII. 26 po odprawieniu modłów i odpowiedniem kazaniu ksiądz Meissner, proboszcz parafji średzkiej, w której obrębie leży Słupia, mimo wrogiego względem tej decyzji nastawienia tłumu, w uroczystej procesji przeniósł figurę Matki Boskiej, ustawioną w miejscu rzekomego objawienia, do kościoła w Środzie. Procesja ta, która szła około 3 kilometrów i w której brało udział około 40 tysięcy ludzi, późnym wieczorem dopiero doszła do Środy. Przyczyną tak powolnego posuwania się były co chwila występujące „zachwyty", które wstrzymywały pochód. Wizjonerek zaś i wizjonerów było już wówczas trzynaścioro. Jak dalece postanowienie władzy duchownej sprzeczne było z nastrojem, panującym wśród ludności, wierzącej w cudowne objawienie Matki Boskiej w Słupi,

i jak trudne było ono do przeprowadzenia, świadczy o tem fakt, że kiedy po ustawieniu figury na ołtarzu w kościele średzkim i po odprawieniu solennych nieszporów wszyscy się rozeszli, doniesiono nagle księdzu proboszczowi Meissnerowi, że figura Matki Boskiej znikła z kościoła. Okazało się, że jeden z wizjonerów Stanisław dostał zachwytu, usłyszał głos Matki Boskiej, rozkazujący mu odnieść figurę z powrotem do Słupi, i natychmiast polecenie to wraz z inną wizjonerką Heleną i znaną nam Franciszką wykonał. Ksiądz proboszcz wezwał go do siebie i kazał figurę z powrotem odnieść do kościoła pod groźbą, że w przeciwnym razie uda się do pomocy policji. Nazajutrz osobnik ów odniósł figurę w procesji z powrotem do kościoła. Odtąd nie wolno było chodzić do Słupi na miejsce widzeń, gdyż ustawiono tam policję, która wzbraniała dostępu, a wolno było uczęszczać do kościoła jedynie w oznaczonych godzinach.

Wzrastająca opinja krytyczna, wątpienie i niewiara w cudowność objawienia Matki Boskiej przejawiały się pozatem w sposób mało poważny, plotkarski, niekiedy zazdrosny, złośliwy i uwłaczający. Coraz częściej zaczęto mówić o zyskach materjalnych, jakie ciągną rodziny niektórych wizjonerek czy ukazujących się wizjonerów, a o jednej z matek pisano nawet, że kupiła sobie już drugą krowę, a wkrótce kupi sobie gospodarstwo.

W sposób ciekawy wyraził się budzący się sceptycyzm w legendzie o masowej hipnozie, jakiej miały ulec wszystkie wizjonerki i wizjonerzy w Słupi. Legendzie tej zawdzięczamy też w znacznym stopniu możność badania dalszego ciągu wydarzeń w Słupi. Doprowadziła ona do tego, iż d. 10. XII. 26 policja aresztowała w Środzie niejakiego Leonarda B. pod zarzutem, że jest hipnotyzerem i od dłuższego czasu oddziaływał na wszystko, co się w związku z objawieniami Matki Boskiej w Słupi i Środzie działo; d. 11. XII. 26 został on odstawiony celem zbadania i orzeczenia do kliniki neurologicznej Uniwersytetu Poznańskiego, a d. 13. XII. 26 przywieziono tam 8 (czyli większą część) osób, które doznawały "zachwytów" w Słupi i Środzie.

Nie mogę tu przedstawiać szczegółowo wyników badania wszystkich tych osób, ulegających zachwytom i widzeniom w tej drugiej fazie pielgrzymek do Słupi. Zaznaczę jedynie, że inaczej niż wśród dzieci przeważały wśród nich osoby niedorozwinięte, przyczem często występowały zachwyty u osób, które już przedtem wykazywały objawy histeryczne. Wiek tych osób wahał się pomiędzy 14 a 28 r. z. Także u dwóch z tych nowoprzybyłych osób udało się wywo-

łać badającym widzenia i zachwyty na drodze sugestyjnej. Jedna z tych osób miała lat 16, druga 18.

Jak z badań tych wynika, czynnikami usposabiającemi do występowania zachwytów i widzeń były więc z jednej strony wiek młodociany czy dziecinny, który nawet sam przez się przy dobrej inteligencji mógł je warunkować, z drugiej strony niedorozwój psychiczny, a zwłaszcza niedorozwój psychiczny, połączony ze skłonnością do występowania objawów histerycznych.

Na podstawie badań tych możemy sobie zdać częściowo sprawę przedewszystkiem z tego, co możemy nazwać za *Jaspersem* przekrojem poprzecznym psychiki—rozumieniem statycznem, z kolei jednak musimy zastanowić się nad tem, co nazywamy rozumieniem genetycznem, a więc rozumieniem rozwoju. Posuwanie się w tym kierunku naprzód ze względu na stałe obronne w stosunku do badających stanowisko nastręczało na niepokonane trudności. Niemniej badania te stwierdziły kilka szczegółów, zasługujących na podkreślenie. Przedewszystkiem wykazały one w sposób zupełnie pewny, że wszystko to, co zaszło, stało się źródłem wyraźnego zadowolenia. Nie tylko chodzenie na miejsce widzeń stało się pragnieniem dziewczynek, ale stanowisko ich w rodzinie i społeczeństwie po krótkiem zachwianiu i wstrząśnięciu uległo wielkim zmianom, schlebiającym ich miłości własnej. Józia przyznawała się otwarcie, że matka od czasu widzeń mniej się na nią gniewa. Ze słów Janki wynikało, że nietylko tęskno jej było do miejsca, gdzie ukazała się jej Matka Boska, ale przebijała w nich zarozumiałość i próżność, coś w rodzaju poczucia wyższości od innych, przeświadczenie, że tylko one mogą widzieć Matkę Boską, i żal do ludzi, że muszą cierpieć za grzeszników, siedząc na badaniach w klinice.

W słowach dorosłej Franciszki zadowolenie, jakie jej daje możność widzenia Matki Boskiej, wyrażała się niemniej jasno. „Przez życie swoje, jak mówiła, dostąpiła ona tej łaski, że już na ziemi może ujrzeć Matkę Boską... Gdyby umarła, to może być spokojna". Widzenia Męki Pańskiej, jakie miała w klinice były w jej rozumieniu „pełnieniem woli bożej", która przeznacza jej jakąś rolę mesjaniczną—rodzaj posłannictwa. Niemniej z badania dalszych wizjonerek i wizjonerów wynikało, że przez widzenia i zachwyty zbliżali się oni wśród zawodów i walk życiowych do Matki Boskiej jako do opiekunki, zyskiwali jej szczególne względy, znajdowali pociechę, obronę czy wyleczenie. „Matka Boska zawsze jest przy mnie", mówił jeden (Czesław), drugi (Stanisław), który utracił z powodu choroby pracę, od chwili zachwytu stracił swe napady histeryczne.

25-letnia Helena, matka nieślubnego dziecka, słyszy słowa Matki Boskiej, iż ma z nią pozostać i że ma być budowany klasztor, w którym ona pozostanie, i t. d. i t. d.

Tak przedstawić można w najogólniejszym i treściwym zarysie obraz wydarzeń w Słupi, opierając się na słowach osób badanych, wypowiedzianych w doświadczeniach i poza niemi, jak i na urywkowych zeznaniach osób, stykających się z niemi. Oceniając go z punktu widzenia teorji i stosowanych metod, można powiedzieć, że materjał ten jest bardzo skąpy z punktu widzenia introspekcji. Natomiast z punktu widzenia szeroko pojętej obserwacji fonomenologicznej, czy też z punktu widzenia behavioryzmu, lekceważącego świadomość i introspekcję, jako wyłączne źródło poznania psychologicznego, obraz ten orjentuje nas znakomicie w sposób ogólny w różnorodności i hierarchiczności zjawisk psychicznych, pochodzących z różnych okresów rozwoju psychicznego a tkwiących w psychice każdego człowieka, które pochwycone być mogą raczej przez obserwację metodyczną z zewnątrz. To też sądzę, że z tego stanowiska ostatnie słowo należy się obserwatorom, którzy obraz powyższy przekroju psychicznego szeregu jednostek uzupełnić muszą własnemi wrażeniami i sądami.

Przedewszystkiem, czy można mówić, że widzenia i zachwyty powstały tu drogą hypnozy? Na pytanie to trzeba odpowiedzieć, że nietylko niema na to żadnych danych, ale że jest to zgoła nieprawdopodobne. Zeznanie posterunkowego, że podejrzany o hypnozę Leonard zbliżył się do jednej z wizjonerek i schwycił ją za czoło i szyję, a ona padła w tej chwili w zachwycie, nie może być wystarczającym dowodem, aby Leonard hypnotyzował ją czy kogokolwiek innego. Twierdzenie podobne tembardziej nie da się uzasadnić, że zarówno zeznania Leonarda, jak i badanie wizjonerki samej, każą nam widzieć inne źródła zachowania się obojga.

Jeśli sięgniemy pod tym względem do doświadczeń sądowo-lekarskich, to się okaże, że przedewszystkiem znane są przypadki, w których posługiwano się hypnozą w celach zgwałcenia, czy jakiegoś innego przestępstwa seksualnego. Coś wyjątkowego przedstawia komunikat Speera [1]) o rabunku popełnionym na osobie zahypnotyzowanej. Zestawienie doświadczeń kryminologji i licznych badań psychologów i lekarzy, interesujących się kwestją sugestyj kryminalnych, wyłoniło bowiem kwestję, czy można nawet w znanych przy-

[1]) Speer. Zur Frage der Hypnoseverbrechen. Münchner medizinische Wochenschrift, 1922, str. 629.

padkach przestępstw, popełnionych w hypnozie, mówić o nakłonieniu do przestępstwa drogą hypnozy wbrew woli osoby hypnotyzowanej. Wynik rozważań na ten temat da się streścić, jak wiadomo, w zdaniu, że osoba zahypnotyzowana da się nakłonić do tego jedynie przestępstwa, do którego skłonności tkwiły w niej już przedtem. Nawet w przypadkach zgwałcenia w hypnozie można zatem przypuszczać, że osoba zgwałcona i bez hypnozy nie stawiałaby większego oporu, znalazłszy się wobec natarczywego mężczyzny. Wszystko, co wiadomo o sygestjach kryminalnych w hypnozie, dotyczy oczywiście także sugestyj pohypnotycznych albo terminowych, są one zatem również możliwe jedynie tylko w tym przypadku, kiedy osobowość osoby hypnotyzowanej jej się nie sprzeciwia.

Prawnikom pozostawiam teoretyczną kwestję, o ile możnaby się dopatrywać istotnego przestępstwa w razie wykazania, iż Leonard hypnotyzował niektóre osoby swojego otoczenia. W każdym bądź razie trudnoby tu było widzieć posługiwanie się hypnozą w celach przestępczych, a raczej możnaby tu mówić o nadużywaniu hypnozy bez wyraźnego zamiaru przestępstwa. Dr. *Höpler*, [1] doświadczony prawnik, twierdzi jednak, że nie zna przypadku, aby zawodowy hypnotyzer został oskarżony o partactwo lecznicze. To też sądzę, że oskarżenie kogoś, że wywołuje przy pomocy hypnozy widzenia i zachwyty, byłoby w praktyce sądowej wydarzeniem jeszcze bardziej niezwykłem.

Zestawienie wydarzeń w Słupi z tem, co mówi kryminologja i współczesna nauka o hypnozie, nie pozwala nam zatem myśleć o wywoływaniu widzeń i zachwytów drogą sugestji hypnotycznej. Niewątpliwie, że teoretycznie da się pomyśleć eksperyment podobny. Nikt jednak dotychczas podobnego eksperymentu nie wykonał, a jego obraz rzeczywisty przedstawiałby się oczywiście inaczej. Mielibyśmy wtedy przedewszystkiem mniej lub więcej udolną osobę eksperymentującą, która byłaby źródłem sugestji i wysuwałaby się w obrazie tym na plan pierwszy.

Wydarzenia w Słupi w poszczególnych swych częściach dadzą się jednak bezwątpienia porównać z tem, co możnaby osiągnąć drogą sugestji hypnotycznej.

Widzenia i zachwyty, które mogłyby występować w innym przypadku pod wpływem hypnozy, powstają tu, słowem, bez jej

---

[1]) Höpler u. Schilder. Suggestion und Strafrechtwissenschaft. Abhandlungen aus dem juristisch—medizinischen Grenzgebiete. Wien 1926. Hölder—Pichler—Tempsky A. G.

działania. Zamiast oddziaływania zamierzonego pojedyńczego osobnika, z jakiem mamy do czynienia w hypnozie, mamy tu wzajemne mimowolne oddziaływanie coraz to większej ilości osób, które doprowadza do wyników podobnych, jakie możnaby otrzymać w hypnozie. Z punktu widzenia teoretycznego fakt zasługuje na szczególne podkreślenie, gdyż unaocznia on nam wielki a w zwykłym trybie życia zazwyczaj nie dostrzegany wpływ psychiczny środowiska, narzucający się i przyjmowany w sposób niemal mechaniczny bez opozycji i protestu, a obejmowany mianem sugestji. Jaspers twierdzi, że w strukturze osobowości nie odnajdujemy czynników, na podstawie których możnaby ten wpływ zrozumieć, staje się on natomiast dostępny naszemu rozumieniu jedynie jako działanie psychiczne innych ludzi.

Wbrew temu twierdzeniu jednak można się dopatrzeć w naszym materjale właśnie czegoś odwrotnego. Jak widzieliśmy wizje i zachwyty, a nawet do pewnego stopnia wiara w cudowne objawienie, stały się tutaj źródłem wyraźnego zadowolenia — rodzajem spełnienia życzenia. Zarówno w wizjonerkach i wizjonerach jak i licznie zgromadzonym tłumie można zatem dopatrzeć się jakiejś nieuświadomionej tendencji tkwiącej w każdej z osób, składających się na to wielkie zbiorowisko ludzi. Widzimy tu zjawisko, noszące piętno bezwiednego naśladownictwa, dochodzącego u wielu wprost do utożsamienia się z cudzą osobowością pod pewnemi względami do częściowej identyfikacji. Można powiedzieć bowiem, że wszystkie dzieci zidentyfikowały się z Janką, a wszyscy nieświadomie dążyli do identyfikacji z dziewczynkami, jakkolwiek nawet w dalszym przebiegu wydarzeń dzieci częściowo ulegały wpływom starszych (przedewszystkiem Franciszki). Starsi jednak, za wyjątkiem nielicznej grupy, złożonej z osób niedorozwiniętych i skłonnych do reakcyj histerycznych, nie posunęli się na drodze identyfikacji aż do widzeń i zachwytów i zatrzymali się na tej drodze na niższym szczeblu, a mianowicie na wierze w cudowne objawienie Matki Boskiej. Niema jednak zasadniczego przeciwieństwa poza różnicą stopnia pomiędzy stanem psychicznym tłumu wierzącego, a stanem wizjonerek i wizjonerów. Jak powiedział ktoś bowiem, wierzyć to widzieć, a większość ludzi stać było tylko na zainteresowanie się i pragnienie cudu.

Identyfikacja, o której mowa, nastrój zbiorowy, na którego podłożu krzewiły się wizje, zachwyty i wiara w objawienie Matki Boskiej, są połączone z wyrzeczeniem się siebie, swego własnego „ja" na korzyść wyobrażenia o istocie nadprzyrodzonej a mianowicie postaci Matki Boskiej — symbolu matki najdoskonalszej. Identyfi-

kacja, jaką tu spostrzegaliśmy, jest więc z jednej strony pragnieniem utożsamienia się z dziećmi, z drugiej strony jest dla wszystkich, jeśli sięgniemy głębiej poza wyobrażenia religijne, obudzeniem tkliwych uczuć dziecięcych dla matki.

To niezróżniczkowane wyobrażenie idealnej matki i uczucia z niem związane wywołują tutaj skutki, które porównaliśmy z działaniem hypnotyzera. Działanie jego wydaje się działaniem magicznem i podobnież jakby w sposób magiczny powstają tu widzenia i zachwyty. Nic więc dziwnego, że umysł, nieprzygotowany do obserwacji zjawisk podobnych, stworzył legendę o masowej hypnozie w Słupi. Hypnoza bowiem, która wydaje się osobom, bliżej z nią niezapoznanym, czemś tajemniczem i nadnaturalnem, stanowi w ich rozumieniu najlepsze tłumaczenie zjawisk niezwykłych. Taksamo chory umysłowo, spostrzegający w swem zaburzeniu zmianę w świecie zewnętrznym, często tłumaczy ją tem, że jest hypnotyzowany.

Legenda o hypnozie w Słupi stwierdza jednak w sposób nieudolny fakt rzeczywisty, a faktem tym jest, że wszyscy wizjonerzy i wizjonerki jak i tłumy pielgrzymujące do Słupi, wyrzekły się jak człowiek w hypnozie w mniejszym lub większym stopniu swej osobowości, przestały być sobą, a stały się jakiemś ciałem zbiorowem, do którego "uczucie i wiara" mówi silniej, „niż mędrca szkiełko i oko",—ciałem zbiorowem, które zostało opanowane przez wyobrażenie Matki Boskiej. Ciało to, jeśli się nie stało, to pragnęło być dzieckiem, myślało i działało w sposób podobny jak dziecko a zarazem człowiek pierwotny, — w sposób, jak mówi *Lévy-Bruhl*,[1]) mistyczny i prelogiczny, albo inaczej mówiąc, magiczny, gdyż dający się porównać ze stanem pierwotnym, łączącym się z wiarą w czary.

Zaznaczyć przytem należy, że wizje, zachwyty i wiara w objawienie wynurzyły się tutaj z tej samej głębszej warstwy psychicznej, co legenda o hypnozie, wszystkie bowiem przy bliższem rozpatrzeniu cechuje wiara w możliwość wszystkiego. O ile pierwsze przypisują wszechmoc siłom nadprzyrodzonym, druga widzi ją w hypnotyzerze, którego uważa z tego powodu za człowieka niebezpiecznego. Fakt, że mamy tu do czynienia z wyobrażeniami poniekąd sprzecznemi, gdyż w jednym przypadku idzie tu o zapatrywanie się na widzenie jako coś nadprzyrodzonego, w drugim jako na dzieło hypnozy, nie podkopuje i nie wyklucza słowem bynajmniej twierdzenia, że mamy w obu przypadkach do czynienia z myśleniem pier-

---

[1]) L. Lévy-Bruhl. Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures. Paris. Alcan.

wotnem. Pomijając bowiem wspólne podłoże obu nastawień—wiarę w czyjąś wszechmoc—należy pamiętać, że tłum w swej łatwowierności i braku krytycyzmu jest zmienny, drażliwy i w swych sądach niestały. Przypuszczenie o hypnozie było co najwyżej przejściem do myślenia logicznego i zwiastunem schyłku widzeń i zachwytów.

Aby porównanie przeżyć tłumu, zgromadzonego w Słupi, ze stanem hypnozy nabrało nieco więcj wyrazu, warto przyjrzeć się nieco bliżej obrazowi hypnozy. *Schilder*,[1]) rozwijając poglądy Freuda, twierdzi w swej analizie hypnozy, że hypnoza powtarza sytuację z życia dziecka, które u progu swego życia przecenia swoje siły, a potem i siły swych rodziców. Hypnotyzer ze swojemi żądaniami i rozkazami przedstawia w oczach osoby hypnotyzowanej autorytet, wyposażony siłami czarodziejskiemi. Osoba hypnotyzowana ulega temu autorytetowi jako jakiejś sile magicznej, utożsamia się ona z nim, a zarazem staje się współposiadaczem tej siły. W każdym z nas tkwi pragnienie, aby móc czarować, czyli kierować biegiem wypadków jedynie według własnej woli bez względu na prawa natury. Pragnienia tego musimy się jednak wszyscy wyrzec i tylko w przypadkach osłabienia naszej osobowości uwydatnia się ona znowu.

Nie będziemy się tu rozwodzili nad słusznością tej teorji. Z natury rzeczy musi ona być uważana za *względną*, jako próba interpretacji — ujęcia w słowa — zjawisk, które jako stany nieświadome w małym tylko stopniu albo wcale nie znajdują wyrazu w słowach i nie mogą być z tego powodu przez osoby, ulegające sugestji, wypowiedziane i wyjaśnione. Niemniej teorja ta odpowiada usiłowaniom psychologji współczesnej, starającej się pochwycić także zjawiska pozaintelektualne—czynniki popędowe. Podkreśla ona wyraźnie tkwiącą w osobie, ulegającej sugestji, tendencję, życzenie czy potrzebę i daje nam co najmniej trafne porównanie stanu sugestji z pewnemi stanami dziecka. Porównanie to można rozszerzyć także na życie zbiorowe — tłum, zjawiska tam spostrzegane stwarzają bowiem przez uszczuplenie znaczenia osobowości sytuację podobną jak hypnoza czy choroba (schizofrenja). Działanie tłumu tak jak hypnoza wyzwala nastawienia pierwotne i dziecięce i sprawiać może przez swe zwroty niespodziane i nieoczekiwane również wrażenie działania magicznego. Zjawiska, jakieśmy spostrzegali w Słupi o charakterze, który nam się wydaje magicznym, nadprzyrodzonym, właściwym wierzeniom dziecka i człowieka pierwotnego, są następ-

---

[1]) Schilder. Uber das Wesen der Hypnose. Berlin. J. Springer. 1922.

stwem wyrzeczenia się siebie w tłumie i uleganiem przedewszystkiem uczuciom i popędom. W uczuciach i popędach tych można się dopatrzeć wyzwolenia uczuć do matki, a całość zachowania się wizjonerek i wizjonerów pozwala mówić nawet o znalezieniu matki.

Streszczając zatem można powiedzieć, że widzenia i zachwyty w Słupi stanowiły to, co nazywamy epidemją psychiczną. Na nazwę tę zasługują one najzupełniej ze względu na liczne występowanie jedynie tylko na drodze nieumotywowanego logicznie oddziaływania wzajemnego ludzi na siebie, a więc działania sugestyjnego, nawet u ludzi, którzy nigdy przedtem nie wykazywali żadnych cech chorobliwych. Sugestja ta nie została należycie stwierdzona dla pierwszego widzenia Janki, wszystkie dalsze widzenia i zachwyty natomiast wykazują ją w sposób wyraźny, udowodniony nawet u kilku osób doświadczalnie. Powstawanie tych zjawisk na drodze sugestji występowało nawet w miarę coraz to większego rozszerzania się ich coraz to wyraźniej. W sposób bardzo jasny występowało tu charakterystyczne utożsamienie się—wytwarzanie się wspólnego nastawienia psychicznego—psychologji tłumu, stanowiąca podłoże wszelkiej sugestji. Twierdzenie podobne wypowiedział już *Freud*, [1]) który wygłosił zdanie, że stosunek hypnotyczny polega na wytworzeniu tłumu w dwie osoby. W innej nieco formie wyraził je *Strauss*, [2]) który widzi podłoże sugestji w wytworzeniu stanu „my". Spostrzeżenia poczynione przez nas w przebiegu epidemji w Słupi pozwalają jednak dalej dostrzec zgodnie z zapatrywaniami Freuda tendencję w tem utożsamianiu się. Tendencja ta polega mianowicie na cofnięciu się wstecz ku rodzicom, w tym przypadku do matki. Wreszcie należy zaznaczyć, że stan utożsamiania się, jaki tutaj mieliśmy możność obserwować, przedstawia cechy regresji. Regresja ta—cofnięcie się do wczesnych faz rozwojowych dziecka i człowieka—o jakich można tu mówić, znajdują swój wyraz nie tylko w formalnem zachowaniu się i w sposobie przeżywania wizjonerek i wizjonerów oraz ich otoczenia, opartych na wierze w możliwość wszystkiego, — odpowiadających wierze w czary, ale także w treści tendencji samej. Jak wiadomo bowiem, stosunek do rodziców jest jednym z najwcześniej zarysowujących się zagadnień życiowych.

Ze stanowiska patologji należy podkreślić, że analiza tych wydarzeń dostarczyła nam szeregu spostrzeżeń bardzo cennych dla ro-

[1]) S. Freud. Massenpsychologie und Ich—Analyse. Internationaler Psychoanalytischer Verlag. G. m. b. H. 1921.

[2]) E. Strauss. Wesen und Vorgang der Suggestion. Berlin, 1925. Karger.

zumienia patogenezy histerji, której zazwyczaj nie jesteśmy w stanie sobie odtworzyć. Zjawisko—prawdopodobnie iluzji,—które mogło być samo przez się uważane niemal za normalne, stało się tu zjawiskiem zasugerowanem—histerycznem, zwłaszcza od chwili, kiedy obraz ogólny widzeń i zachwytów ukształtował się na modłę stanu dorosłej Franciszki, a więc osoby o wyraźnej konstytucji histerycznej. Opisane tu fakty wzajemnych oddziaływań wyprowadzają lekarza poza jego zwykły stosunek do chorego i skierowują uwagę także ku trudno uchwytnym czynnikom społecznym.

S. Błachowski et S. Borowiecki. **Sur la psychologie et la psychopathologie de la suggestion.**

Les phénomènes de la suggestion ont encore tant de caractères mystérieux et insaisissables qu'il faut, pour des fins scientifiques, profiter de chaque occasion propre à éclaircir ce problème ardu, surtout quand la suggestion apparaît avec une clarté particulière, non comme le produit artificiel d'une expérience, mais spontanément, dans sa réalité concrète, au „laboratoire de la vie". comme dirait William James. Partant de ce principe, nous donnons ci — après le résumé succint des résultats obtenus lors d'une enquête sur des visions et extases agissant sur des masses comme une sorte d'èpidémie. Ajoutons qu'il s'agit là d'un phénomène rare présentant la dite suggestion sous un jour nouveau, surtout pour les mèdecins. Les problèmes actuels du domaine de la suggestion et leur traitement théorique ressortiront donc de la description même que nous leur avons vouée et y trouveront, en même temps, le criterium de leurs valeurs.

Le jour de l'Assomption (15 août 1926) quelques enfants de métayers à Słupia Wielka près de Środa, sortis pour cueillir des herbes et des fleurs et les faire bénir, aperçurent auprès d'une route la Sainte Vierge. La vision se répétait presque chaque soir, et ce fait se répandit tellement dans quelques semaines, qu'une foule toujours grandissante de pieux s'assemblait autour des enfants. Les premiers jours de septembre une jeune fille de disposition nettement hystérique se joignit aux enfants. Elle tomba dans un état proche de l'évanouissement, mais différent par la raideur. Dans cet état elle eut la même vision. Dès le lendemain toutes les fillettes tombaient (avec leur nouvelle compagne) dans un état pareil, dans lequel elles voyaient la Sainte Vierge et l'entendaient même. Un jour plus tard la jeune fille entendit aussi la Sainte Vierge.

Grâce à la bonté de Mr. le curé Meissner on a pu, dans la clinique neurologique de l'Université à Poznań, soumettre à l'examen les trois fillettes âgées de 10, II et 12 ans et la jeune visionnaire de 28 ans.

L'examen de la fillete de 12 ans, qui a vu la Sainte Vierge la première, a démontré que son intelligence était inférieure à l'intelligence moyenne. L'intelligence de deux autres fillettes était satisfaisante, tandis que celle de la jeune fille était inférieure.

Cinq expériences sur toutes les filles ont démontré leur très grande sensibilité à l'influence extérieure. La suggestibilité des petites filles était à peu près la même, tandis que celle de la jeune fille était beaucoup plus grande. Chez la cadette on a réussi à obtenir par la suggestion la vision de l'image de la Sainte Vierge.

La recherche sur les perceptions et les images, faite à l'aide des testes de Rorschach, a donné un résultat très intéressant, Elle a d'une part démontré l'influence de la jeune fille sur les enfants, d'autre part une attitude uniforme de toutes les quatre filles qui voyaient dans toutes les images des esprits malins et des démons. On a constaté aussi, en examinant les mères des fillettes, que les résultats de la recherche à l'aide des testes de Rorschach n'étaient qu'une manifestation de la répugnance à l'égard des médecins et de tous les sceptiques, sans excepter les prêtres. C'est pourquoi on a prêté plus d'attention à l'entourage des enfants pendant les recherches suivantes. On a remarqué qu' à mesure que les visions se répétaient, les gens de Słupia raillaient, menaçaient, doutaient de moins en moins et finissaient par croire au caractère miraculeux du phénomène. Ils ont créé les légendes sur l'innocence des enfants, sur leur sainteté, leur bénédiction, ainsi que sur les guérisons miraculeuses et les châtiments auxquels seraient livrés ceux qui ne croiraient pas à la vision et se permettraient d'en plaisanter. Après un intervalle de quelques semaines, causé par les investigations dans la clinique des enfants et de la jeune visionnaire, on les renvoya à Słupia.

Dès leur retour, l'extase et les visions recommencèrent et même devinrent parmi les pèlerins de plus en plus fréquentes. Le 8. XII. 1926, il y eut treize personnes tombées en extase, mais dépuis ce jour là commença le déclin.

A mesure que se répandait la foi en la vision miraculeuse de la Sainte Vierge, l'opinion critique et avertissante se développait. L'expression grave de cette opinion était la translation, dans une procession solennelle, de la sainte statue de la route près de Słupia

à l'église de Środa, le 8. XII. 1926. Que cette résolution fût en opposition avec l'opinion dominante des croyants à l'apparition miraculeuse c'est ce qui est prouvé par le fait suivant: lorsque l'installation de la statue sur l'autel de Środa avait été faite, les vêpres solennelles dites et que tout le monde se fut retiré, on annonca à Mr. le curé Meissner que la statue de la Sainte Vierge avait soudainement disparu de l'église. Vérification faite, on constata qu'un des visionnaires en extase avait entendu la voix de la Sainte Vierge lui ordonnant de reporter la statue à sa première place, près de Słupia. C'est ce qu'il fit immédiatement avec l'aide de deux autres visionnaires. Il fallut menacer cet individu pour qu'il reportât la statue à sa nouvelle place. Dès lors les agents de la police défendirent l'accès au lieu des visions et on ne pouvait entrer dans l'église qu'aux heures fixées.

Le scepticisme croissant s'exprima d'une manière curieuse dans la légende de l'hypnotisme général auquel obéiraient, disait-on, tous les visionnaires à Słupia. Cette légende rendit possible la reprise des études sur l'événemet à Słupia. Le 10. XII. 1926 on arrêta l'auteur prétendu de l'hypnotisme à Słupia et on l'envoya à la clinique neurologique à Poznań pour le soumettre à l'examen médical et psychologique. Le 13. XII. 1926 on y transporta huit autres personnes (c'est-à-dire la plupart de celles qui avaient éprouvé l'extase à Słupia et à Środa).

L'étude du prétendu hypnotiseur a démontré que c'était un hystérique cherchant la guérison à Słupia. La plupart des huit personnes mentionnées ci-dessus avaient une mentalité retardée; parmi elles dominaient les personnes qui avaient eu autrefois des phénomènes hystériques. Chez deux personnes d'une intelligence arriérée on a réussi à obtenir des visions, artificiellement.

Les différentes recherches ont prouvé que les facteurs disposant à l'extase étaient d'une part l'âge juvénil ou enfantin dans lequel même une bonne intelligence peut être stipulée, d'autre part l'arriération jointe pour la plupart à la disposition hystérique.

En considérant les origines des visions suggestives et des extases il faut accentuer, qu'outre les visionnaires on a constaté un grand nombre de croyants au „miracle" de la révélation de la Sainte Vierge, créant des nombreuses légendes sur sa vertu, idéalisant les enfants, se rendant avec eux à la place des visions comme à la messe célebrée par les enfants etc.

Outre cela on a conclu du récit des personnes interrogés que les événements à Słupia furent la source d'une satisfaction ma-

nifeste. Par les visions et les extases les visionnaires se rapprochaient dans leurs oppressions et leurs luttes pour l'existence à la Sainte Vierge comme à la protectrice. Ils ont réussi à gagner sa faveur, ont trouvé la consolation, la protection ou la guérison.

Ces études ont prouvé que les origines des extases, des visions et de la croyance à la révélation miraculeuse ne sont pas formées par la suggestion hypnotique. Elles fournissent néanmoins l'exemple d'une réaction suggestive, involontaire et réciproque d'une foule toujours croissante, ce qu'on peut comparer sans aucun doute à l'hypnose. Comme pendant l'hypnose, les membres de cette foule ont renoncé à leur personnalité, d'où se forma un corps collectif possédé et dominé par l'idée de la Vierge. C'est ce corps justement qui a agi d'une maniére analogue à l'action de l'hypnotiseur. Le corps collectif qui s'y forma nous permet de voir dans chaque personne composant la foule à Słupia une tendance inconsciente, contrairement à la théorie de Jaspers proclamant la suggestibilité comme résultat de l'action d'autres individus. Nous voyons cette tendance dans l'imitation inconsciente allant à certains égards chez un grand nombre jusqu'à l'identification partielle. On peut dire alors que tous les enfants se sont identifiés avec la petite fillette qui la première a eu la vision. Ensuite tous ont eu la tendance inconsciente à s'identifier avec les fillettes bien que les enfants aient partiellement succombé à l'influence des aînés (premièrement à l'hystérique de 28 ans). Les personnes plus âgées, excepté un petit nombre d'individus d'un esprit arriéré, prédisposés à des réactions hystériques, n'ont eu ni vision ni extase. Ils se sont arrêtés, dans la marche progressive de l'identification, à un degré inférieur, celui de la foi aux visions miraculeuses de la Sainte Vierge.

L'identification dont il s'agit, le sentiment collectif qui évoquait les visions, l'extase et la foi en la révélation de la Sainte Vierge se sont unies au renoncement de soi-même, agissant au bénéfice de la représentation d'une substance surnaturelle, à savoir de la figure de la Sainte Vierge, symbole de la mère parfaite.

L'identification que nous avons remarqué dans ce phénoméne est donc d'une part le besoin d'identification avec les enfants, et d'autre part (si on considère plus profondément les représentations religieuses) le réveil du sentiment de tendresse pour la mére. Par conséquent nous voyons que les événements à Słupia, basés sur le fond nonmotivé logiquement, donc suggestif, d'une action réciproque des personnes, nous permettent d'approfondir la base de la suggestion, consistant dans une identification caractéristique et partielle

avec une tendance régressive dirigée vers les parents, en ce cas vers la mère. L'analyse de ces événements prouve l'existence de facteurs qui permettent de situer l'influence suggestive dans la structure de la personnalité, contrairement à la théorie de Jaspers.

De point de vue de la pathologie, on doit constater la valeur de ces remarques sous le rapport de la pathogénèse de l'hystérie. Le phénomène vraisemblablement d'illusion qui pouvait être considéré comme normal en soi-même devient ici un phénomène d'hystérie suggérée, surtout dès que l'image générale des visions et des extases se conforme à l'état de la jeune fille hystérique.

CECHY PSYCHJATRJI JAKO NAUKI BIOLOGICZNEJ.

Odczyt zgłoszony na VIII Zjazd Psychjatrów Polskich.

podał

PROF. DR. MED. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Jako motto biorę słowa *Bergsona*, które znalazłem w jego pracy „Energie Spirituelle": „Je ne vois qu'un moyen de savoir jusqu'où l'on peut aller: c'est de se mettre en route et de marcher".

Byłoby oczywiście przedwczesne myśleć obecnie o przebudowie całej psychjatrji na biologicznej podstawie. Można jednakże i należy już teraz podjąć kroki w tym kierunku i przekonać się, w myśl wskazówki *Bergsona*, jak daleko można zajść, idąc po tej drodze. Psychologja jako nauka o pewnej postaci życia, o życiu duchowem, jest nauką biologiczną w szerokiem rozumieniu biologji, jako nauki o życiu w ogólności. Powinowactwo psychologji z psychjatrją nakazuje przypuszczać, że to, co okazało się pożyteczne w jednej nauce, psychologji, jak tego dowodzą zdobycze współcześnie dokonane na tej drodze, może i powinno wyjść na dobre i drugiej nauce, psychjatrji. Bez podejmowania próby rozwiązania całości zagadnienia, można podjąć próbę jego rozwiązania częściowego przez wykazanie pewnych rysów, w których biologiczny charakter psychjatrji da się wyraźnie uwydatnić.

Pomijam całkowicie krytyczną stronę opracowania, przechodzę odrazu do jego strony dogmatycznej, którą ujmuję w szeregu twierdzeń następujących:

1) *Chorobliwe zaburzenie psychiczne jest zboczeniem z drogi prawidłowego rozwoju duchowego.*

Psychologja biologiczna, usiłująca przedstawić życie psychiczne w biegu rozwojowym, stanowi najodpowiedniejsze podłoże przy ocenie chorobliwego charakteru psychicznego zjawiska, daje psychjatrze sprawdzian ściślejszy teoretycznie i praktycznie, niż stosowane obecnie.

2) Postępowanie, biologicznie nieprzystosowane, jest najbardziej istotnym wyrazem chorobliwego zaburzenia psychicznego.

Postępowanie stanowi szczytowy wyraz działalności psychicznej; powstaje rozwojowo najpóźniej, ulega też najwcześniej chorobliwej sprawie. Chorobliwy charakter sprawy wyraża się głównie w tem, że postępowanie chorego nie odpowiada wymaganiom doboru przyrodzonego, nie wykazuje dążenia do przystosowania warunków wewnętrznych do warunków zewnętrznych. Lecz dobór przyrodzony nie wyczerpuje całej pełni rozwoju. Jeżeli poziom rozwojowy środowiska jest wyższy, niż poziom rozwojowy jednostki, dobór przyrodzony jest czynnikiem rozwojowym. Jeżeli jest przeciwnie, jeżeli poziom rozwojowy środowiska jest niższy, niż poziom rozwojowy jednostki, dobór przyrodzony z czynnika rozwojowego staje się czynnikiem uwstecznienia, zamiast podnosić, obniża poziom rozwojowy. Na szczeblach hierarchicznych rozwojowo wyższych a w szczególności na poziomie ludzkim, obok doboru przyrodzonego pojawia się jako spółczynnik rozwojowy dobór podmiotowy t. j. dążenie jednostki do przystosowania, do przeobrażenia warunków zewnętrznych środowiska do swych warunków i wymagań wewnętrznych. Spółdziałanie obu postaci doboru z rosnącą przewagą na szczeblach hierarchicznie wyższych doboru podmiotowego obejmuje dopiero całkowitą pełnię pojęcia rozwoju.

Wprowadzenie doboru podmiotowego, jako spółczynnika rozwoju, jest równoznaczne z przyznaniem świadomości roli biologicznej. Tak jest. Świadomość jest czynnikiem rozwojowym, i znaczenie jej pod tym względem rośnie w miarę posuwania się po szczeblach hierarchji zwierzęcej, osiąga maximum na poziomie ludzkim. Poza licznemi dowodami z zakresu biologji ogólnej w sposób najbardziej przekonywujący stwierdza to fakt postępującego rozwoju narządu świadomości—mózgu i samej świadomości w miarę posuwania się po rozwojowych szczeblach skali zwierzęcej. Gdyby świadomość miała być pozbawiona wpływu biologicznego, jej narząd, mózgowie, musiałby zaniknąć, jak zanika każdy narząd, który utracił biologiczną wartość. Ponieważ jest przeciwnie, ponieważ mózgowie w biegu rozwoju nie tylko nie zanika, lecz rośnie i rozwija się pari passu z rozwojem świadomości, stąd jasny wniosek dla każdego biologicznie wyszkolonego umysłu, że świadomość jest czynnikiem rozwojowym, a dalej, że biologiczne jej znaczenie rośnie w miarę posuwania się po hierarchicznych szczeblach rozwojowych i osiąga u człowieka stopień najwyższy, ponieważ narząd świadomości, mózgowie, z całego królestwa zwierzęcego u człowieka jest najbardziej rozwinięty.

Postępowanie, które odbiega od linji rozwoju jednostki i gatunku, jest postępowaniem chorobliwem, ponieważ świadomość jako czynnik kierowniczy postępowania nie spełnia swej biologicznej roli, wpada w sprzeczność z nakazami doboru przyrodzonego i podmiotowego i wykazuje w tem swój chorobliwy charakter.

Sprawdzian powyższy daje lepszą miarę oceny np. usposobienia psychopatycznego, niż stosowany obecnie w tych razach sprawdzian niezrównoważenia. Niekażde niezrównoważenie ze stanowiska biologicznego będzie nosiło cechę psychopatyczną. Niezrównoważenie pożyteczne dla sprawy rozwoju jednostki i gatunku nie będzie niezrównoważeniem chorobliwem. Chorobliwe będzie tylko niezrównoważenie szkodliwe dla sprawy rozwoju jednostki i gatunku, np. niezrównoważenie, wyrażające się w dążeniach antyspołecznych, jako sprzecznych z rozwojem gatunku.

3) Choroba psychiczna polega na naruszeniu jaźni moralnej, stanowiącej szczytową postać jaźni w rozwojowym biegu.

Chorobliwy rozstrój psychiczny, nienaruszający jaźni moralnej, nie znamionuje choroby psychicznej. Kiedy zostaje naruszona spoistość wewnętrzna jaźni moralnej, zarysują się więzy jej budowy wewnętrznej, kiedy chorobowej zmianie ulegnie samowiedza, t. j. postać świadomości, ujmująca jaźń moralną, wtedy dopiero mamy prawo mówić o człowieku, że jest psychicznie chory. Jaźń moralna jest zasadniczym czynnikiem w postępowaniu, narzuca swoje nakazy nawet myśleniu—ja tak nie myślę, bo ja tak nie postępuję, dlatego rozstrój jaźni odbija się wprost i bezpośrednio w postępowaniu. Ponieważ w jaźni moralnej ujawnia się w pierwszym rzędzie działalność doboru podmiotowego, postępowanie wynikłe z zaszłej w niej chorobowej zmiany wpada wyraźnie w sprzeczność z prawem rozwoju jednostki i gatunku, staje się biologicznie nieprzystosowane.

4) Rodzaj choroby psychicznej zależy od tego, która z postaci rozwojowych jaźni uległa pierwotnie rozstrojowi.

Jaźń, jak każda sprawa biologiczna, ulega zmianom i przeobrażeniom. Z zaledwie dostrzegalnych zaczątków, jakie tworzą czucia ustrojowe, t. j. doświadczenia powstałe ze spraw roślinnego życia ustroju, jaźń rośnie, rozwija się, dojrzewa i przybiera wreszcie postać osobowości, która trwa, jest czynna i zna siebie samą. Czucia ustrojowe, stanowiące najwcześniejszą postać rozwojową jaźni, nadają doznawaniom jaźniowym piętno szczególniejszej wewnętrzności, które

ją cechuje. One również, ponieważ nie ulegają przerwom, nadają jaźni charakter nieprzerwanego istnienia. Źródłem tego doświadczenia nie są sprawy zmysłowe lub umysłowe, które w głębokim śnie lub zemdleniu ulegają zawieszeniu, lecz właśnie czucia ustrojowe, które trwają bez przerwy, bo nieprzerwanie trwają sprawy życia roślinnego ustroju, będące ich źródłem. Kiedy przybędą w rozwojowym biegu czucia powłok ciała, doświadczenia jaźniowe zostają ograniczone do zakresów, objętych temi czuciami i znajdą się wewnątrz tych granic. Stąd doświadczenie wewnętrzności, cechujące doznawania jaźniowe, przenoszone są później na inne postaci jaźni. W ten sposób powstaje jaźń cielesna; jej biologiczne znaczenie jest oczywiste.

W dalszym rozwojowym biegu jaźń wykracza poza granice cielesnego istnienia, obejmuje zakresy szersze i dalsze.

Stosunek środowisk do jednostki, uznanie, którem ono ją obdarza, stwarza następną rozwojową postać jaźni, którą za psychologami angielskimi określamy nazwą jaźni społecznej. Jaźniowy charakter tworzących ją spraw jest jasny. Moja sława, moje dobre imię, są moje, a cóż to jest innego, jak nie myśli cudze o mnie, które stały się mojemi, bo nabrały dla mnie jaźniowej i biologicznej wartości. Od stosunku środowiska do jednostki zależy jej istnienie, jej dalszy rozwój materjalny i moralny. Od dostarczonych jednostce przez otoczenie środków do życia zależy jej byt fizyczny dobry lub zły. Lecz nietylko do samej dziedziny materjalnej sprowadza się biologiczne znaczenie środowiska w rozwoju jednostki. Wpływ ten sięga głębiej. Wiemy, czem jest obcowanie społeczne w naszym rozwoju umysłowym i moralnym. Dzięki obcowaniu społecznemu korzystamy ze skapitalizowanego dorobku doświadczeń pokoleń poprzednich, które przyswajamy sobie w postaci odebranego wykształcenia. Wzajemna wymiana myśli, uczestnictwo w podejmowanych pracach zbiorowych, podniety stąd stale odbierane posuwają dalej nasz rozwój umysłowy, który bez tego dopływu musiałby z natury rzeczy zatrzymać się na bardzo niskim rozwojowym szczeblu. Potrzeba dociągania zasobu własnej wiedzy i umysłowej sprawności do poziomu wymagań środowiska, dokonywane w tym kierunku wysiłki, do czego zmuszają nas bodźce czerpane z obcowania społecznego i wymogi własnej naszej jaźni społecznej, stanowią może najsilniejszą dźwignię naszego rozwoju umysłowego. Pierwsze zaczątki w naszym rozwoju etycznym zapewne również wypływają z tego źródła. Obawa przed opinją, lęk przed ogólnem potępieniem t. j. czynniki z dziedziny aźni społecznej powstają zapewne przedtem, zanim powstaną nakazy

moralne, od czynników zewnętrznych niezależne, wyrosłe z gruntu samej już tylko potrzeby wewnętrznej własnego doskonalenia.

Szczytową postać w biegu rozwojowym jaźni tworzy jaźń moralna. W doświadczeniu wewnętrznem przedstawia się jako najgłębsza istota psychiki, jako najbardziej czynny jej ośrodek, skąd, zdaje się—wypływają nakazy woli i kierownictwo postępowaniem, jest czynnikiem, który wybiera i odrzuca, jest ogniwem pośredniem pomiędzy odbiorczą i oddawczą fazą działalności psychicznej, jest najbardziej stałym składnikiem ducha, który ulega zmianom, jakie rozwój ze sobą przynosi, lecz w doświadczeniu przeciwstawia się jako jądro stałe zmienności, cechującej wogóle życie duchowe. Jaźń moralna nie ogranicza się wyłącznie do dziedziny etycznej, do jej zakresów należą wszystkie sprawy obejmowane potocznie nazwą sumienia narodowego, społecznego, zawodowego, dziedzina zasad jako myśli stałych, odmiennych w tym charakterze od poglądów dorywczych i przejściowych, wszystko to, co w dziedzinie pojęć oderwanych nabiera tego znaczenia, że staje się moje, jest kością z kości, krwią z krwi mojej. Powstające stopniowo postaci jaźni w miarę postępu duchowego rozwoju układają się w pewien wzajemny stosunek hierarchiczny z jaźnią cielesną u podstawy, jaźnią społeczną w środku i jaźnią moralną u szczytu. Kiedy porządek powyższy ustali się ostatecznie, mówimy o człowieku, że jest duchowo dojrzały. Żadna z tych postaci nie zanika, każda żyje żywem życiem, lecz każda podporządkowuje się rozwojowo następnej, a raczej każda jest przez rozwojowo następną opanowana. Równowaga pomiędzy oddzielnemi postaciami jaźni nie bywa nigdy całkowicie ustalona. Zachodzą ciągle między niemi zmagania, czasem walki, stanowiące tętno naszego życia duchowego.

Powyższy sumaryczny zarys psychologiczny powstania i rozwoju jaźni może posłużyć nie za podstawę klasyfikacji psychjatrycznej, byłoby przedwcześne tak myśleć, lecz może dać pewne wskazówki pod tym względem, może dać przynajmniej dla niektórych chorób pewne klasyfikacyjne wytyczne orjentacyjne.

Sprawdzian, wskazany powyżej, że pojęcie choroby psychicznej jest równoznaczne z pojęciem rozkładu spoistości wewnętrznej jaźni moralnej, pozostaje niezmieniony, lecz rodzaj choroby, pozostaje w zależności od tego, w dziedzinie jakiej postaci rozwojowej jaźni powstało źródło chorobowej sprawy, która, dosięgnąwszy dziedzin jaźni moralnej, sprowadziła chorobę psychiczną.

W zakresie jaźni cielesnej rodzą się posępnica i szał, zmiany powstałe w pewnych dziedzinach czuć ustrojowych są ich źródłem.

Wskazują na to wyraźnie uczuciowe podłoża obu i ich wzajemna przeciwstawność. Czucia ustrojowe są najwcześniejszem i nigdy niewysychającem źródłem uczucia. Najdawniejsza teorja, datująca jeszcze od *Malebranche'a*, wiąże z niemi uczuciowe sprawy doświadczonej przyjemności i przykrości. Czucia ustrojowe są wykładnikiem zmian, zachodzących w roślinnem życiu ustroju. Jeżeli zmiany są względnie słabe, rozlewają się po ośrodkowym układzie nerwowym, lecz nie docierają do okolic rozwojowo najpóźniejszych, będących siedliskiem jaźni moralnej i nie naruszają samowiedzy, mamy wtedy zmiany nastroju, usposobienia, chorobliwe objawy przygnębienia i podniecenia, lecz nie mamy jeszcze choroby psychicznej. Natomiast kiedy zmiany te tak dalece wzrosną w natężeniu, że dotrą do dziedzin jaźni moralnej i spowodują jej rozstrój, wtedy mamy chorobę psychiczną, posępnicę względnie szał.

Z jaźni społecznej rodzi się obłęd. Jeżeli zmiany są niezbyt silne, albo nie dosięgają jaźni moralnej, albo dosięgają jej dorywczo, mamy wtedy usposobienie paranoidalne, albo dorywcze urojenia ksobne, albo urojenia pokrzywdzenia. Jeżeli zmiany nabiorą tej mocy, że dotrą do siedliska jaźni moralnej i sprowadzą jej rozstrój, wtedy powstaje obłęd.

Wreszcie, jeżeli pierwotnem źródłem będzie jaźń moralna, mamy wtedy obłąkanie, otępienie wczesne, schizofrenję, t. j. pierwotny rozstrój ośrodka warunkującego zborność psychiczna i kierownictwo postępowaniem.

Rozważania powyższe oświetliły poruszone zagadnienia w sposób nieco odmienny od powszechnie stosowanego. Wydobyły na jaw biologiczny charakter omawianych zjawisk.

Od szeregu lat, idac za wzorem psychologów angielskich i amerykańskich, hołduję biologicznemu kierunkowi w psychologji. Usiłuję również dać wyraz temu kierunkowi i w mej pracy psychjatrycznej.

Nie bez pewnego osobistego zadowolenia spotykam coraz częściej w czasach ostatnich termin „biologiczny" w piśmiennictwie psychjatrycznem. Sam termin jest jednak ujmowany zwykle zbyt ciasno, jako równoznaczny z terminem „fizjologiczny".

Nauka o wydzielaniu dokrewnem była tym czynnikiem, który zepchnął psychjatrję z martwego punktu psychologji kojarzeniowej, na którym była utknęła, i wprowadził znowu na tory bardziej przyrodnicze, po których zresztą poprzednio była kroczyła. Jest to oczywiście jej droga właściwa. Lecz sam nawrót do fizjologji już nie wystarcza. Łożysko powinno być wybrane szersze, ogólnie biologiczne. Wtedy zmieszczą się w niem i fizjologja i psychologja

z psychjatrją, jednocześnie wprowadzone zostaną do umysłowości badaczy treści ogólniejsze, szersze, niż treści objęte każdą z tych nauk, a przedewszystkiem do naszego trybu myślenia wejdzie metoda najpierwszorzędniejszego znaczenia naukowego—metoda myślenia ewolucyjnego. Wogóle uważam, że prawo rozwoju, stanowiące największą zdobycz myśli współczesnej, jest przez nas niedoceniane i kryje w sobie wartości większe, niż przypuszczamy.

Uwagi powyższe miały na celu podjęcie drobnej próby wyzyskania prawa rozwoju na naszym psychjatrycznym gruncie.

RÉSUMÉ.

R. Radziwiłłowicz. **Les traits biologiques de la psychiatrie.**

L'auteur expose les thèses suivantes: 1) le trouble psychique morbide est un détour d'une évolution normale du psychisme, 2) la manière d'agir, qui au point de vue biologique n'est pas adaptée, est le plus essentiel symptôme d'un trouble psychique morbide, 3) l'aliénation mentale résulte d'un trouble de la personnalité morale, qui représente la plus haute phase du développement psychique, 4) l'entité clinique de l'aliénation mentale fonctionelle dépend de la source évolutionelle de la personalité (personalité somatique, sociale, morale), d'où provient la folie. — L'auteur conclut, qu'on exploite pas suffisamment la loi de l'évolution et qu'il faudrait essayer de l'adapter au domaine de l'aliénation mentale.

STANY MANJAKALNO-DEPRESYJNE OBJAWOWE.

podał

Doc. Dr. J. MORAWSKI (Kobierzyn) [1].

Jako charakterystyczne cechy psychozy manjakalno-depresyjnej uważamy pewne zaburzenia w sferze afektywnej, w zakresie przebiegu skojarzeń i ich wyników, wreszcie w zakresie ilości i jakości naszej reakcji ruchowej na zjawiska zewnętrzne. Jako właściwości tej psychozy uważaliśmy do niedawna jej okresowość, występującą w znacznej części przypadków, pewną konstytucję osobniczą, konstatowaną u chorych do tej grupy należących, wreszcie określony sposób dziedzicznego przekazywania usposobienia do tego schorzenia. Uznając zachowanie jednostki klinicznej psychozy manjakalno-depresyjnej za rzecz narazie konieczną, przyznać musimy, że w obecnej chwili teoretyczne podstawy tej jednostki trzeba uważać za mocno zachwiane.

W szeregu objawów tej choroby spotykamy nieraz takie, do których wytłumaczenia nawet przyjmowanie hypotetycznych stanów mieszanych (Mischzustände) nie wystarcza, których natura może być wyjaśniona prędzej przez rozszczepienie w tej lub innej dziedzinie psychiki (np. pewne objawy w sferze ruchowej). Z drugiej zaś strony zbytnie rozszerzanie ramek psychozy manjakalno-depresyjnej, proponowane przez niektórych autorów, czyni z tej jednostki coś tak obszernego, że wtłoczyć w nią można wszystkie prawie psychozy endogenne. Nowsze badania nad dziedzicznem przekazywaniem usposobienia do psychozy manjakalno-depresyjnej dowiodły, że dziedziczenie tego usposobienia wyłącznie jako cechy panującej (dominującej) nie zawsze się zdarza, bo spotykamy się także z recesyjnością tego usposobienia, to jest z ustępowaniem tej cechy przed cechą, warunkującą zdrowie psychiczne. Obserwacje podobne każą również przypuszczać konieczność przyjęcia dwóch odrębnych cech,

---

[1]) Ref. na VII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Kulparkowie 1927 r.

warunkujących powstanie interesującej nas choroby, jednej, prawdopodobnie warunkującej pewne właściwości budowy czy funkcji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, i drugiej, specyficznie manjakalno-depresyjnej konstytucji systemu nerwowego. — Również przeciwko przyjmowaniu istnienia tej jednostki klinicznej przemawia znaczna różnorodność objawów, przebiegu i zejścia i to, że uważaną dawniej za właściwość wyłącznie psychozy manjakalno-depresyjnej okresowość spotykamy i w innych postaciach chorób psychicznych (np. w schizofrenji).

Zajmowano się dużo bliższem określeniem natury usposobienia do zaburzeń o charakterze manjakalno-depresyjnym i drogami, po których owo usposobienie dochodzi do uzewnętrznienia się, to jest rozwiązaniem kwestji, czy obecność tego usposobienia warunkuje pewną chwiejność życia psychicznego bezpośrednio, czy też wywołuje wahania w czynnościach pewnych organów czy ich systemów, powodując powstawanie objawów psychicznych, charakterystycznych dla tej psychozy. — Możemy przypuszczać, że usposobienie to polega na pewnej nadwrażliwości układu nerwowego wogóle względem związków chemicznych, powstających przy zwykłej przemianie materji, których działanie w prawidłowych warunkach łatwo zneutralizować się daje, u ludzi zaś z pewnem usposobieniem drażni tę część układu nerwowego, której czynność związana jest ze sferą afektywną. — Możemy również przypuszczać, że nadwrażliwość ta przejawiać się może pod działaniem najrozmaitszych szkodliwości, związanych z organicznemi cierpieniami kory mózgowej jak i trującemi ciałami zewnętrznego i wewnętrznego pochodzenia. — Możemy wreszcie składać winę wyłącznie na gruczoły o wydzielinie wewnętrznej, upatrywać w nieprawidłowej ich budowie czy czynnościach podstawę do ilościowych i jakościowych zmian w przemianie materji, odbijających się na funkcjach układu nerwowego i związanych z niemi przejawach życia psychicznego. — Wiemy, że nasze życie psychiczne rozwija się i przejawia w ścisłym związku z ilością i jakością najrozmaitszych wrażeń, dawniej zdobytych i odpowiednio przechowywanych i stale zdobywanych i łączonych ze staremi. — Wrażenia te dochodzą do kory mózgowej dwiema drogami, przez układ nerwowy ośrodkowy, związany z zewnętrzną powierzchnią naszego ciała i podlegającemi naszej woli mięśniami, które służą do uzewnętrznienia naszej reakcji i przez układ nerwowy roślinny, związany z zewnętrzną powierzchnią naszego ciała, z wewnętrznemi organami i z mimowolną muskulaturą, której działanie obojętne dla osobnika w stanie jego zdrowia, dochodzi do naszej świadomości tylko w stanach chorób cielesnych. — Obydwa te układy nerwowe

rozwijają się onto — i filogenetycznie równolegle, doskonalą się w zależności od stopnia rozwoju osobnika i spełnianych przez te układy czynności. Obydwa te układy osiągają najwyższy stopień rozwoju swego z rozwojem palaeencephalon, obydwa sięgają wyżej, mają swych przedstawicieli w neencephalon, na rzecz których tracą pewną część swej samodzielności. — Układ roślinny, opracowywany obecnie dopiero, ma zgodnie z badaniami wielu autorów również swe ośrodki w pewnych terytorjach kory mózgowej.—Przyjmując pod uwagę równoległy rozwój obydwóch układów nerwowych, zgodzimy się, że obydwa stanowią przez swe przedstawicielstwo w korze mózgowej podłoże dla rozwoju i działalności psychiki.— Trudno nam obecnie jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy i który z nich odgrywa ważniejszą rolę w przejawach tej lub innej dziedziny psychiki, najprawdopodobniej dla prawidłowego życia psychicznego konieczną jest prawidłowa budowa i czynności obydwóch układów, dla sfery jednak afektywnej ważniejsze ma znaczenie układ roślinny, dający organizmowi elementarne czucia stanu i czynności jego organów wewnętrznych (w najszerszem tych słów znaczeniu).— Na gruncie tych czuć organicznych równolegle z rozwojem neencephalon i przy udziale rozwijających się pozostałych elementów życia psychicznego rozwinęły się te stany psychiczne, a może (właściwiej mówiąc), podłoże czy zabarwienie stanów psychicznych, które afektami nazywamy.—Nawiasowo zwrócę uwagę na to, że jedynie nasza późna znajomość z układem roślinnym, o którego budowie i czynnościach dopiero teraz zdobywamy właściwe pojęcie (gdy tymczasem z układem nerwowym ośrodkowym zżyliśmy się dawno), może usprawiedliwić spotykane w nowszej literaturze przeciwstawianie psychiki i układu roślinnego w rodzaju naprzykład: „wpływu układu roślinnego na psychikę" i t. d. — Z równem prawem możnaby mówić o wpływie układu ośrodkowego na psychikę lub o takimże wpływie sfery ruchowej czy czuciowej.—Uważając czucia, doprowadzane przez układ nerwowy roślinny, za główną część składową naszych afektów, rozumiemy dobrze, że wszelkie nieprawidłowości tego układu wpływają ujemnie na stronę afektywną naszej psychiki.—Zrozumiałą jest rzeczą, że, mówiąc o nieprawidłowej budowie czy czynności układu nerwowego, jako o istocie, czy też podłożu usposobienia do psychozy manjakalno-depresyjnej, przedewszystkiem musimy myśleć o układzie nerwowym roślinnym, choć zgadzamy się, że afekty mogą zawdzięczać swe pochodzenie innym procesom psychicznym. — Nie zapominamy, że nadbudówka w neencephalon, której czynność przejawia się jako psychika osobnika, otrzymuje do przerobienia materjał z obydwóch układów nerwowych, które pozbyły się na jej korzyść pew-

nej części swej samodzielności.—Inaczej mówiąc, nietylko „jesteśmy smutni, bo płaczemy," ale nieraz i „płaczemy, bośmy smutni".—Zgodzimy się więc na możliwość powstawania stanów afektywnych krócej i dłużej trwających, rozwijających się reaktywnie pod wpływem najrozmaitszego rodzaju przeżyć osobnika, zgodzimy się jednak i na możliwość powstawania stałego podłoża afektywnego (o charakterze manjakalnym czy melancholicznym) pod wpływem nieprawidłowej funkcji układu nerwowego roślinnego, rozwijającego się samoistnie lub też pod wpływem nieprawidłowej działalności unerwionych przez ten układ organów.—W praktyce codziennej spotykamy się z jednej strony z wypadkami psychozy manjakalno-depresyjnej, rozwijającej się po zadziałaniu na osobnika pewnych drobnych nieraz szkodliwości natury psychicznej, lub bez przyczyn widocznych dla nas, z drugiej zaś strony mamy do czynienia ze stanami manjakalno-depresyjnemi, rozwijającemi się w związku z rozmaitemi schorzeniami cielesnemi.

Wiemy, że wszelkie przejawy życia psychicznego związane są ściśle z korą mózgową, z taką czy inną budową i czynnością jej części składowych (komórki nerwowe i glejowe, ich uwarstwienie, naczynia krwionośne, włókienka i włókna nerwowe i t. d.); przypuszczamy, że elementarnym stanom psychicznym odpowiadać musi pewna budowa, chemizm i funkcja, które wcześniej czy później uda się nam stwierdzić i poznać dokładnie; tak samo zczasem uda się nam zapoznać bliżej z odpowiednikami wszelkich nieprawidłowości w życiu psychicznem. Wiemy, że nasza kora mózgowa, bez względu na pozorną samodzielność psychiki, związana jest całym szeregiem współzależności z innemi częściami naszego organizmu, że funkcjonowanie całego systemu nerwowego właściwie pojąć można tylko w ścisłej łączności z resztą organizmu. Gdyby badanie psychiki zwierząt było dla nas dostępne, napewno uciekalibyśmy się do doświadczeń w rodzaju wystawiania zwierząt na działanie pewnych szkodliwości i badalibyśmy występujące w związku z temi szkodliwościami zmiany psychiczne. U ludzi doświadczeń nie przeprowadzamy, czyni to za nas przyroda, obdarzając ich temi lub innemi cierpieniami fizycznemi, wywołującemi pewne zmiany psychiczne. Poświęcając więc odpowiednio czas i uwagę na badanie tych zmian psychicznych, możemy dojść do bliższego zaznajomienia się z przyczynami i naturą zmienności zjawisk psychicznych wogóle. Z tego względu badanie tak zwanych zaburzeń psychicznych objawowych (symptomatycznych) jest bardzo ciekawe i pouczające. Przy badaniu tem jednak musimy być bardzo ostrożni i pamiętać o źródłach możliwych omyłek i fałszywych wniosków. Powinniśmy zawsze pa-

miętać, że pewne dwa zjawiska, występujące jednocześnie, mogą spotkać się dzięki wypadkowi (bez żadnej współzależności), że mogą być współzależne od czegoś trzeciego, że wreszcie jedno z nich może być przyczyną drugiego.

W zastosowaniu do stanów maniakalno-depresyjnych objawowych musimy się liczyć jeszcze z możliwością, że pewne zjawisko przyśpieszyło przejawienie się usposobienia do psychozy maniakalno-depresyjnej, nie będąc jego przyczyną.—Nawet jednak, gdyby nam nie udało się określić drogą tą natury usposobienia do psychozy pewnej, samo wykrycie istnienia pewnych współzależności czy jednoczesnego występowania może mieć dla nas ważne znaczenie, bo może dać materjał do dalszych badań może innego rodzaju, lub też pewne wskazówki co do zapobiegania i leczenia psychozy. Badania nad psychozami objawowemi prowadzone są już dość dawno, dalekie są jednak od wykończenia i dlatego też każdy nowy fakt tego rodzaju ma swe znaczenie. Samo rozpoznanie różniczkowe między stanem maniakalno-depresyjnym objawowym i psychozą maniakalno-depresyjną bywa nieraz bardzo trudne, bo związek przyczynowy nie zawsze da się ustalić, a krótkość przebiegu i powrót do zupełnego zdrowia i w psychozie maniakalno-depresyjnej zdarzać się może.

Nie mogąc więc w wielu przypadkach wyjaśnić sobie charakteru współzależności między stanami maniakalno-depresyjnemi i zaburzeniami cielesnemi przejrzyjmy je pokrótce, zaznaczając tylko nasuwające się wnioski.

Przegląd stanów maniakalno-depresyjnych objawowych zaczniemy od tych, które spotykamy w związku z chorobami zakaźnemi. Początkowe okresy majaczeniowe w wielu z tych chorób występują jako przygnębienie, płaczliwość, kapryśność i zmienność nastroju, nieufność względem otoczenia lub też jako stan hypomaniakalny z bezcelowym popędem do ruchów, rymowanemi i dźwiękowemi skojarzeniami i zmiennością nastroju wesołego, lękliwego lub obojętnego przy trudnej pobudzalności uwagi. Obrazy takie spotykamy, między innemi, w durze brzusznym, zapaleniu płuc krupowem, reumatyzmie i róży. Przy durze wysypkowym występuje w 1-szym tygodniu najczęściej stan maniakalny, w drugim stany depresyjne. W początkowym okresie wodowstrętu spotykamy nieraz silny niepokój, przygnębienie i strach przed śmiercią. W przebiegu pląsawicy występuje chwiejność nastroju i przygnębienie, a w septycznie przebiegających przypadkach wzmożone samopoczucie, wzrastające nieraz do maniakalnego podniecenia i dochodzące do zupełnego bez-

ładu. Po influenzy, durze brzusznym i plamistym występować mogą najrozmaitsze zaburzenia psychiczne, nieraz o charakterze maniakalno-depresyjnym, tak zwane psychozy poinfekcyjne, rozwijające się nieraz w kilka tygodni dopiero po ustąpieniu choroby zakaźnej. Zaburzenia psychiczne w tych przypadkach trwać mogą 4—5 miesięcy, kończą się przeważnie zupełnem wyzdrowieniem, bez względu na ciężkość objawów psychicznych. W końcowych stadjach gruźlicy spotykamy nieraz niezrozumiałą euforję i optymizm.

Co do psychoz symptomatycznych, występujących w związku z chorobami zakaźnemi wogóle, da się powiedzieć co następuje: niekiedy (nap. w psychozach po influenzy i innych) zaburzenia psychiczne o charakterze depresyjnym występują w rodzinach, obarczonych psychozami maniakalno-depresyjnemi, tak że trudno zdecydować, czy infekcja wywołała powstanie stanu psychotycznego, czy też tylko uruchomiła odziedziczone usposobienie w tym kierunku. Niektóre choroby zakaźne (tężec, dyfteryt) nie dają żadnych zaburzeń psychicznych. Notowano dalej, że osobniki, przechodzące kilka razy choroby zakaźne różnego rodzaju, miewają jednakowe zawsze zaburzenia psychiczne w związku z temi chorobami.

W wypadkach śmierci w przebiegu psychozy poinfekcyjnej konstatowano czasem w mózgu zmiany anatomiczne o charakterze meningoencephalitis (nap. w psychozach po influenzy i po durze wysypkowym). Prawdopodobnie jednak zmiany te należą do odwracalnych, bo w większości przypadków następuje wyzdrowienie. Wreszcie zauważyć musimy, że występująca na początku ciężkiego schorzenia cielesnego depresja może mieć swe wytłumaczenie w zrozumiałej trosce osobnika o swe życie zagrożone.

Na oddzielnem miejscu postawić trzeba zaburzenia psychiczne rozwijające się przy schorzeniach układu nerwowego. W kile układu nerwowego mamy stany przygnębienia i podniecenia, występujące zupełnie samodzielnie, również w przebiegu porażenia postępującego czy taboparaliżu. Szczególniej w ostatniej chorobie spotykamy długotrwałe stany przygnębienia, różniące się jednak znacznie od właściwej psychozy maniakalno-depresyjnej przez mniejszą głębokość przygnębienia i pewną bezbarwność psychozy tabetycznej.

Również w przebiegu psychoz rozszczepieniowych spotykamy stany zbliżone do maniakalno-depresyjnych; najczęściej jednak dłuższe, dokładniejsze badanie pozwala wykryć w tych przypadkach pewne pierwiastki właściwe prędzej psychozie rozszczepieniowej.

W psychozach starczych i przedstarczych zdarzają się często stany maniakalno-depresyjne, które również rozpatrywać można

jako psychozy objawowe, rozwijające się pod wpływem procesów, związanych z inwolucją całego organizmu i miażdżycą tętnic.

Pewną rolę w powstawaniu tych zaburzeń psychicznych odgrywać musi usposobienie odziedziczone, może jednak odmienne od usposobienia do psychozy maniakalno-depresyjnej.

Dalej spotykamy stany przygnębienia w padaczce, rzadziej maniakalne podniecenie.

Przy encephalitis lethargica obserwujemy nieraz niepokój ruchowy, połączony z impulsywnemi postępkami, zmianą nastroju, drażliwością i niewspółmiernemi reakcjami wzruszeniowemi, czasem stany przygnębienia. Między zwiastunami meningitidis serosae również zdarzają się stany przygnębienne charakteru hypochondrycznego; przy sclerosis multiplex krótkotrwałe stany wesołego i smutnego nastroju bez dostatecznej przyczyny występujące.

Początek pląsawicy Huntington'a znamionuje czasem przygnębiony nastrój z hypochondrycznem zabarwieniem.

Przy ranach mózgu jako częsty objaw występują stany zmienności nastroju, przy kontuzjach i nowotworach żartobliwy nastrój, znany pod nazwą „moria".

Wpływ wszelkich nieprawidłowości w budowie i czynnościach układu nerwowego roślinnego na wahania w sferze afektywnej której te czynności dają podłoże i materjał, jest jasny.

Rozwodzić się nad nim z braku czasu nie będę tembardziej, że temat ten był opracowany już na jednym ze Zjazdów. Na jedno tylko chciałbym zwrócić uwagę. Przypuszczam, że nie istnieją przejawy życia psychicznego bez jakichś, w większej części nieznanych nam dotychczas materjalnych procesów w korze mózgowej. Narazie wiemy o nich bardzo mało, nie znamy nawet drogi do badania śladów tych procesów, może nie wystarczy tu mikroskopowa anatomja, może więcej da nam mikrochemja, czy inne jakieś drogi badania, nie mamy jednak żadnego prawa przypuszczać, by jakiekolwiek procesy psychiczne miały miejsce bez jakichś odpowiedników materjalnych w korze mózgowej i jej organach. Jeśli jednak te odpowiedniki istnieją, wcześniej czy później poznamy ich naturę.

Wpływ schorzeń cielesnych nie zakaźnych na przejawy życia psychicznego, znany jest już od dawna i posiadamy cały szereg spostrzeżeń w tym kierunku. W większości jednak przypadków spostrzeżenia te zbierano i opracowywano niezawsze krytycznie i wyprowadzano z tych spostrzeżeń wnioski, na które obecnie zgodzić się nie możemy. Mam tu na myśli cały szereg jednostek kli-

nicznych, znanych do niedawna pod nazwą psychoz w związku z nieprawidłowem działaniem krwiobiegu, kanału pokarmowego i t. d.

Przy dokładniejszem badaniu okazało się, że ilość spostrzeżeń jest zbyt mała, że w większości przypadków miało miejsce jedynie współczesne istnienie schorzenia cielesnego i zaburzenia psychicznego, że w niewielu tylko przypadkach można było mówić o związku przyczynowym. Weźmy dla przykładu zaburzenia psychiczne, związane z zaburzeniami w działalności serca. Zaczęło się od konstatowania rozmaitych znalezionych na sekcjach nieprawidłowości w budowie serca i jego części. W psychozach maniakalno-depresyjnych konstatowano rozszerzenie serca w prawo przy melancholji okresowej, przerost serca przy maniakalnych, rozszerzenie przy depresyjnych stanach. Czasem znów znajdowano przy melancholji serce niezwykle małe, nieprawidłowości w uderzeniu wierzchołkowem, czasem szmer skurczowy, wreszcie w $16^2/_3\%$ psychoz maniakalno-depresyjnych ślady przebytego zapalenia osierdzia. Konstatowano zmiany w rytmie działalności serca, znaczne różnice co do ciśnienia krwi, co do częstości uderzeń serca. Wiązano przyczynowo melancholję z wadami mitralis i wzmożeniem ciśnienia krwi, manję z wadami aorty i z obniżeniem ciśnienia krwi. Wogóle znajdowano albo przeciwieństwo zasadnicze w tych kierunkach między manją i melancholją, albo też tylko różnicę w stopniowaniu zaburzeń ze strony serca. Trzecia wreszcie grupa autorów uważała zaburzenia psychiczne jako skutek nieprawidłowości w działalności serca. Obecnie uważamy za ustalone, że jednak najważniejszem w powstaniu psychozy manjakalno-depyesyjnej, jak zresztą i każdej innej psychozy, jest usposobienie osobnicze, a zaburzenia w działalności serca uważać można jedynie za przyczynę wywołującą. Obserwowano nieraz, że przewlekłe, bez powikłań przebiegające schorzenia serca (a więc bez zaburzeń w kompensacji) nie powodują powstania psychoz, natomiast ostre schorzenia sercowe i zaburzenia w kompensacji mogą wywoływać powstanie zaburzeń psychicznych (naprzykład psychoza lękowa przy dyskompensacji). Jako główną przyczynę tych zaburzeń uważano zaburzenia w krążeniu krwi w korze mózgowej (hyperaemia, anaemia, zastój żylny), prowadzące do autointoksykacji. Najprawdopodobniej znaczna część tak zwanych psychoz organów krążenia odnieść się da do grupy psychoz manjakalno-depresyjnych u osobników, chorych na serce. Nieznaczna tylko reszta przypadków da się wytłómaczyć jako wynik autointoksykacji, powstałej u sercowo chorych w okresie dyskompensacji.

Również zgodzić się można z przypuszczeniem, że nieprawi-

dłowe czucia organiczne, występujące u sercowo chorych, sprzyjają rozwojowi stanu lęku. Najlepszy przykład w tym kierunku mamy w napadzie stenokardycznym, wywołanym przez zwężenie raptowne naczyń wieńcowych (organiczny lęk sercowy).

W głównych zarysach takie same są losy psychicznych zaburzeń, związanych ze schorzeniami organów kanału pokarmowego. Oddawna już notowano u melancholików wyraźne zaburzenia ze strony żołądka, jelit, wątroby i wypowiadano przypuszczenia, że zaburzenia te są przyczyną powstania i rozwoju zaburzeń psychicznych. Obecnie jednak badacze więcej skłonni są przypisywać przyczynę powstawania przygnębień, jak i zaburzenia ze strony kanału pokarmowego — nieprawidłowościom funkcji układu nerwowego roślinnego, czasami wynikom najrozmaitszych zatruć pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego. Prawdopodobnie również przy pośrednictwie układu nerwowego roślinnego powstają stany manjakalno-depresyjne, rozwijające się w związku z życiem płciowem osobnika, jako przykład których mogą służyć stany manjakalno-depresyjne, występujące w związku z miesiączkowaniem. Ciekawem jest zestawienie jednego z autorów, który z 49 wypadków manji u kobiet w 20 nie widział żadnej zmiany w okresie menses, w 24 nasilenie objawów manjakalnych przy każdem miesiączkowaniu, wreszcie w 5 tylko przy niektórych; tenże sam autor z 32 melancholji w 19 nie widział żadnych zmian, w 7 nasilenie objawów w związku z każdym okresem miesiączkowania, wreszcie w 6 tylko przy niektórych takich okresach.

Notowano przypadki, w których chore regularnie przez pierwsze dwa tygodnie po menses przechodziły stan manjakalnego podniecenia, przez następne dwa tygodnie stan przygnębienia. Wreszcie wspomnieć można o stanach przygnębienia, spowodowanych przez zaburzenia w prawidłowości menses i ustępujących z chwilą zjawienia się menses.

Do symptomatycznych stanów manjakalno-depresyjnych zaliczyć można zaburzenia psychiczne, występujące w okresie climacterium i lekkie stany depresyjne, zmienność nastroju, skargi hypochondryczne, czasem idee samoskarżenia, stany lękowe i myśli o samobójstwie w czasie ciąży.

Zajmowano się dużo stosunkiem między miażdżycą tętnic i psychozami manjakalno-depresyjnemi, spotykając często (podług niektórych autorów w 60—75% wypadków) miażdżycę tętnic u chorych na psychozę manjakalno-depresyjną, przypuszczano, że zmiany w naczyniach wywołane bywają przez wahania w ciśnieniu krwi, towa-

rzyszące zmianom nastroju (wzmożenie ciśnienia w okresie przygnębienia, powrót do normy lub obniżenie ciśnienia w okresie podniecenia). Zauważano zwiększone wydzielanie adrenaliny przy podnieceniach, z drugiej zaś strony znany jest fakt, że przez zastrzykiwanie adrenaliny można wywołać u zwierząt typowe dla miażdżycy zmiany w ściankach naczyń. Możliwe więc byłoby, że zmiany w działalności nadnerczy, wywołując wahania ilości adrenaliny w krwi, powodują powstawanie stanów manjakalno-depresyjnych, jednocześnie zaś sprzyjają rozwojowi miażdżycy tętnic, która sama przez się wywołać może stany depresyjne u osób w tym kierunku usposobionych.

Powstawanie melancholji starczej można byłoby sobie przedstawić jako wypadkową działania dwóch czynników: usposobienia do psychozy manjakalno-depresyjnej i czynnika zewnętrznego, to jest inwolucji i arterjosklerozy, rozumiejąc obydwa te czynniki jako skomplikowane same przez się.

Z chorób nerek czasami spotykamy przy chronicznej uremji stan euforji, znacznie rzadziej wyraźne stany przygnębienia, inne jednak objawy psychiczne i fizyczne noszą cechy cierpienia organicznego i prędzej o porażeniu postępującem lub nowotworze mózgu myśleć każą, niż o psychozie maniakalno-depresyjnej: przy ostrej uremji mamy obraz zbliżony do wspomianych wyżej objawów przy majaczeniu gorączkowem (wahania nastroju od stanów lęku do wesołego podniecenia).

Z chorób przemiany materji zajmowano się dużo zaburzeniami psychicznemi przy cukrzycy. — Dawniejsze przypuszczenia, że cukrzyca sama przez się powoduje powstawanie chorób psychicznych, okazało się przy bliższem rozpatrzeniu conajmniej wątpliwem. Poszczególni autorowie nie zawsze zwracali uwagę na charakter glykozurji, gdy tymczasem wiemy, że w przebiegu niektórych cierpień układu nerwowego (np. porażenie postępujące, choroba Basedowa i inne) występować może epizodycznie cukier w moczu. Toż samo wiemy o alkoholizmie, szczególniej zaś o obłędzie opilczym. Również w czasie silnych przygnębień występować może cukier w moczu, a miażdżyca tętnic może spowodować powstanie i rozwój cukrzycy. Możliwym jest wreszcie rozwój obydwóch cierpień, to jest cukrzycy i stanu przygnębiennego, na tle pewnej konstytucji osobniczej, jednakowo ważnej przyczynowo w rozwoju obydwóch chorobliwych stanów. Przyjmując pod uwagę wszystkie wyżej wymienione źródła możliwych pomyłek, przychodzimy do wniosku, że najprawdopodobniej stany depresyjne (bo o takie najczęściej chodzi) pozornie dadzą się przyczynowo z cukrzycą powiązać.

Niejasnym również jest związek między przygnębieniami i podagrą. Poszczególni autorowie wypowiadali najrozmaitsze przypuszczenia na ten temat. np., że niewystępowanie ataków podagry sprzyja powstawaniu chorób psychicznych, że przygnębienie stale poprzedza lub towarzyszy podagrze, że wreszcie jedno cierpienie wyklucza drugie. Jako stwierdzone fakty musimy uważać to, że w dziedzicznem obarczeniu melancholików często spotykamy charakterystyczne dla podagry zmiany w moczu i to, że u podagrycznych często spotykamy się ze stanami przygnębienia mniej lub bardziej rozwiniętego. Być może, że tutaj bardziej jeszcze, niż przy cukrzycy, mamy do czynienia z pewnemi cechami nieprawidłowemi konstytucji, które mogą warunkować powstawanie i rozwój obydwóch stanów chorobowych (podagry i przygnębienia). Pewną ilość stanów manjakalnych i depresyjnych możemy związać przyczynowo z zaburzeniami w działalności gruczołów o wewnątrznem wydzielaniu, Przy niedomodze tarczycy spotykamy stany depresyjne z urojeniami pomniejszenia i grzeszności, przy wzmożonej czynności tarczycy głównie w chorobie Basedow'a najrozmaitsze zaburzenia psychiczne od wzmożonej drażliwości, niepokoju, zmienności usposobienia i t. d. aż do wyraźnych psychoz o zabarwieniu maniakalno-depresyjnem.

Przy zaburzeniach w działaniu gruczołów przytarczycznych możemy spotkać między innemi objawami ze strony psychicznej, splątanie halucynacyjne z zabarwieniem maniakalnem.

Czynności nadnerczy, a w szczególności ich hyperfunkcji przypisują niektórzy badacze ważne znaczenie w powstawaniu i rozwoju niektórych zaburzeń psychicznych, naprzykład psychozy manjakalno-depresyjnej, otępienia arteriosklerotycznego: przy wirylizmie nadnerczowym obserwowano w pierwszym okresie podniecenie psychoruchowe i płciowe, a w drugim przygnębienie, stany lękowe i myśli samobójcze. Stany depresyjne spotykamy przy upośledzonej czynności przysadki mózgowej. O zaburzeniach psychicznych związanych z gruczołami płciowemi i miażdżycą tętnic wspominaliśmy wyżej.

Z trucizn, wywołujących powstanie i rozwój stanów manjakalno-depresyjnych, wymienić możemy na pierwszem miejscu alkohol, którego mierne nawet użycie daje nieraz lekkie stany podniecenia i przygnębienia (le vin gai i le vin triste), użycie zaś w większej ilości może spowodować powstanie podobnych stanów o większem nasileniu. Stany podniecenia widzimy po użyciu morfiny, eteru. Stany znacznego podniecenia i przygnębienia spotykamy u ludzi, pracujących z dwusiarkiem węgla (przy wyrobie kauczuku) i z ołowiem, nasilenie smutnego lub wesołego nastroju przy pracy z rtęcią i arszennikiem.

Z tego krótkiego wyliczenia stanów maniakalno-depresyjnych objawowych możemy się przekonać, jak liczne czynniki mogą wywołać powstanie i rozwój objawowych podnieceń czy przygnębień, nie różniących się w wielu wypadkach niczem prawie od stanów psychozy manjakalno-depresyjnej, które z najrozmaitszem nasileniem mogą się przejawiać. Wszytkie te dane każą przypuszczać, że zasadniczej różnicy między psychozą maniakalno-depresyjną a takiemiż stanami być nie może, że różnią się one między sobę tylko stopniem nasilenia i charakterem przyczyny, dostatecznej do ich wywołania. W psychozach manjakalno-depresyjnych przyczyna ta jest w wielu razach dla nas niedostrzegalną (przy używanych przez nas dotychczas sposobach badania), a jej działanie jest dłużej trwające, podczas gdy w stanach manjakalno-depresyjnych objawowych przyczyna jest bardziej widoczna, a efekty jej działania przechodzą w wielu razach po ustąpieniu owej przyczyny. Nie możemy dziś jeszcze określić miejsca i charakteru działania wszystkich owych przyczyn, mamy jednak prawo przypuścić, że we wszystkich stanach manjakalno-depresyjnych (tak samoistnych jak i objawowych) mamy do czynienia z pewną nadwrażliwością całego układu nerwowrgo (tak kory jak i układów ośrodkowego i roślinnego) z przewagą jednak znaczenia układu roślinnego, tak ważną odgrywającego rolę w powstawaniu afektów.

W obecnym stanie nauki naszej zrozumiałem jest przypuszczenie niektórych autorów, że istnieją wogóle wyłącznie objawowe stany maniakalno-depresyjne, których nieznaczna część tylko ma swe przyczyny w nieprawidłowościach gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, więc może być nazwana endogennemi.

Musimy przyznać że układ nerwowy rozmaitych osobników rozmaicie reaguje na różne przyczyny natury psychicznej i fizykochemicznej (endo i exotoksycznej); zgadzając się, że każdy człowiek posiada rysy maniakalno-depresyjne, zgadzamy się, że nie wszyscy ludzie mają te rysy w jednakowym stopniu rozwinięte, że system nerwowy nie u wszystkich ludzi jest jednakowo wrażliwy na wszelkie szkodliwoścl. Wrażliwość ta jednak może być cechą nie tylko układu nerwowego roślinnego, ale i samej kory mózgowej, czy też jej poszczególnych części.

Może w wielu wypadkach stan maniakalno-depresyjny wywołany został przez ten czy inny stan układu roślinnego. Nie wykluczoną jednak jest możliwość, że stany maniakalno-depresyjne powpowstać i rozwijać się mogą tylko dzięki pewnym procesom biochemicznym w samej korze, a objawy charakteru roślinnego są tyl-

ko wtórnym ich objawem, zależnym od wpływu kory mózgowej na układ roślinny.

Co zaś do czynników zewnętrznych, coraz bardziej skłaniamy się ku przekonaniu, że charakter ich przeważnie nie wpływa na rodzaj psychicznego zaburzenia, zależnego głównie od konstytucji osobniczej chorego.

Dawne przypuszczenie, że pewne czynniki zewnętrzne u wszystkich ludzi pewne jednakowe zaburzenia psychiczne wywołać mogą, zastąpić się da przez bardziej odpowiadającą teraźniejszym danym doświadczenia hypotezę, że reakcja osobnika na szkodliwości zewnętrzne zależy wyłącznie od odziedziczonych i nabytych właściwości danego osobnika

Piśmiennictwo.

Bonhoeffer K. Die symptomatischen Psychosen } w zbiorowej psychjatrji wy-
Schilder Intoxicationpsychosen } danej przez Aschaffenburga

Kehrer — Kretschmer Die Veranlagung zu seelischen Störungen Berlin 1924.

Wexberg Die objektiven körperlichen Symptome bei funktionellen Psychosen Zeitschr f d. ges. N. u. Ps. Referate Bd. 35. 1924.

Müller. Manisch—depressives Irresein und Dementia praceox, ihre Unterschiede und ihre Differentialdagnose. Zeitschr f d. ges. N. u. Ps. Referate Bd. XXVIII.

Rittenhaus Die klinische Stellung des Man.-depress. Irreseins Zeitchr f d. ges. Neur u. Psych. Orig. Bd. 56 1920.

Mazurkiewicz } Referaty na V Zjeździe Psych. Polskich.
Sterling }

RÉSUMÉ.

J. Morawski. **Les états maniaques—dépressifs symtomatiques.**

L'auteur passe en revue les états, qu'on observe au cours des infections aigües, des maladies organiques du systéme nerveux central, des maladies du coeur, de l'artériosclérose, des affections des glandes à secrétion interne, des exotoxicoses. Il conlut, qu'il est parfois difficile à différencier ces états symptomatiques de la folie maniaque — dépressive et qu'il n'y a aucune difference essentielle entre celle—ci et ceux—là, puisque dans tous les cas des états maniaques—dépressifs (symptomatiques et essentiels) il faut admettre une certaine prédisposition, une surexcitabilité du système nerveux, surtout végétatif. On trouve les traits maniaques — dépressifs chez tous les gens normaux, mais ils ne sont pas developpés chez eux au même degré, dont dépend la réaction de l'individu envers les facteurs extérieurs.

PSYCHOZA MANJAKALNO-DEPRESYJNA W ŚWIETLE PSYCHOANALIZY.

podał

MAURYCY BORNSZTAJN (Warszawa).

Psychoza manjakalno-depresyjna weszła względnie późno na wokandę rozważań psychoanalitycznych. Złożyło się na to wiele przyczyn. Zdawałoby się na pierwszy rzut oka, że chorzy na psychozę manjakalno-depresyjną, jako przystępniejszą dla badania psychologicznego, bardziej nadają się do psychoanalizy, niż schizofrenicy. Tymczasem stało się odwrotnie: schizofrenja już dawno znajdowała się pod skalpelem psychoanalizy, kiedy psychoza manjakalno-depresyjna spoczywała w błogim spokoju. Stało się tak — przedewszystkiem dlatego, że schizofrenicy (o ile są wogóle dla badania przystępni) zdradzają częściej swoje nieświadome ze względu na zaznaczające się już rysy w aparacie tłumiącym, w owych instancjach wyższych osobowości, które w tłumieniu biorą przeważny udział, dzięki czemu pierwiastki nieświadome łatwiej przedostają się do świadomości chorego, a co zatem idzie i do naszej, leżą że tak powiem, tuż pod powierzchnią i wystarcza nieznaczna pobudka zzewnątrz, ażeby się ujawniły. W psychozie manjakalno-depresyjnej natomiast wiązadła szczytowe osobowości, nietknięte żadnym procesem rozkładowym, wykonywują swą czynność tłumienia ze sprawnością, która na podobieństwo tego, jak to się dzieje u ludzi normalnych lub w psychonerwicach, musi dopiero stopniowo się zmniejszać, pod naporem pracy psychoanalitycznej.

Aliści praca ta napotyka w psychozie manjakalno-depresyjnej na liczne przeszkody: stany manjakalne nacechowane odwracalnością uwagi i gonitwą myślową, zupełnie się nie nadają do spokojnej pracy psychoanalitycznej, zaś stany depresyjne, już nieco podatniejsze w tym względzie, często jednak przebiegają, jak wiadomo, z takiem zahamowaniem intrapsychicznem lub z urojeniami, tak głęboko i niepodzielnie opanowującemi psychikę chorych, że i w tych warun-

kach psychoanaliza napotyka na nieprzezwyciężone często trudności. Dlatego też te dane, które psychoanalizie udało się ustalić dla psychozy manjakalno-depresyjnej zdobyte są głównie bądź na osobnikach w zupełnem zwolnieniu, bądź na przypadkach bardzo lekkiej depresji, bądź też na tych rzadkich przypadkach cięższych depresji, w których jednak przez same wypowiadania się chorych zdobyć można czasami ogromnie doniosły materjał w sensie psychoanalitycznym. Do takich należy jeden z moich przypadków, na który powoływać się będę w toku wykładu niniejszego. Naogół jednak wyznać trzeba, że w porównaniu z ogromnym materjałem empirycznym, na jakim wspierają się wnioski psychoanalityczne, dotyczące psychonerwic lub schizofrenji, zasób doświadczenia w psychozie manjakalno-depresyjnej jest nikły i czeka jeszcze uzupełnienia. Ten stan rzeczy po za przyczynami, wyłuszczonemi powyżej, daje się objaśnić jeszcze i przez fakt, że psychoza manjakalno-depresyjna z natury swej wydaje się nam wszystkim psychjatrom zrozumialszą, mniej zagadek w sobie kryjącą, jakby podatniejszą do „wczuwania się", tak, że przez czas długi wystarczał nam najzupełniej wyłącznie biologiczny punkt widzenia, opierający się na naprzemienności zjawisk biologicznych wogóle, w zastosowaniu do psychiki ludzkiej, podlegającej wszak również i w normie wahaniom mniejszym lub większym, kontrastom wesołości i smutku, tryumfu i pognębienia, opiewanym od wieków przez wszystkich wielkich poetów świata... Psychoanaliza, nie przecząc podłożu biologicznemu psychoz wogóle, a psychozy manjakalno-depresyjnej w szczególności, wyjaśnić usiłuje—i wielu już doniosłych w tym względzie dokonała czynów—patogienezę objawów, przyczyniając się w ten sposób do uzupełnienia patogienezy psychozy samej, patogienezy—musimy to przyznać wyraźnle i dobitnie,—dotąd jeszcze z biologicznego punktu widzenia bardzo niedostatecznie wyjaśnionej.

Jednem z pierwszych poważnych studjów, poświęconych psychoanalizie stanów manjakalno-depresyjnych, była praca zmarłego przed 2 laty *Karola Abrahama*, jednego z najwybitniejszych uczniów *Freuda*, praca ogłoszona w r. 1912 w Zentralblatt für Psychoanalyse p. n. „Ansätze zur psychoanalytischen Erfahrûng und Behandlung des m. depress. Irreseins u. verwandter Zustände". Studjum to, tak skromnie zatytułowane, opiera swe wnioski na 6-ciu psychoanalitycznie zbadanych przypadkach (dwu cyclothymiach, 1 przypadku z krótkotrwałemi depresjami, dwu przypadkach z lekką skłonnością do wahań w nastroju i jednego z ciężką psychozą depresyjną), zawiera w sobie już tyle cennych spostrzeżeń i rozważań, że musimy

się niem bliżej zająć na samym wstępie naszych wywodów, tembardziej, że bardzo wiele z tego, co wypowiedział *Abraham* w tej pierwszej swej pracy, dziś jeszcze po latach 15-u, ma swoją niezaprzeczoną wartość, uległo tylko zmianom i uzupełnieniom dzięki dalszemu rozwojowi i rozszerzeniu zakresu pojęć psychoanalitycznych.

W celu wyjaśnienia podłoża depresji melancholicznej bierze *Abraham* jako punkt wyjścia porównanie jej z psychonerwicą natręctwa. Libido w stanach natręctwa nie znajduje swego normalnego ujścia na skutek tego, że osobnik, cierpiący na tę nerwicę, znajduje się pod znakiem dwu zwalczających się wzajemnie sił: *miłości i nienawiści*, które stara się tłumić, na skutek czego stwarza sobie wzamian za niedoścignione cele seksualne, inne *zastępcze cele*, obarczone dzięki temu natręctwem myślowem lub uczuciowem. W psychozach depresyjnych do procesu tłumienia dołącza się jeszcze inny mechanizm psychologiczny, mechanizm projekcyi, znany przedewszystkiem z procesów paranoidalnych, ale tu w depresjach mający inne trochę zastosowanie. Punkt wyjścia to specjalnie silne nasycenie *libido* nienawiścią, zrazu w stosunku do najbliższego otoczenia, rodziców, męża, żony i t. d., później stopniowo się rozszerza to niezawistne nastawienie i do ludzi dalej stojących, wreszcie do wszystkich. Mechanizm tłumienia wstępuje szybko w swoje prawa, nie dopuszcza tego uczucia nienawiści do świadomości i drogą *projekcji* odrzuca wszystko nazewnątrz, t. j. występuje urojenie, że człowiek jest przez innych nielubiany, nienawidzony i to (wszystko dzięki sile tłumienia) nie dlatego że nienawidzi sam, że nagromadził się w nim taki bezmiar nienawiści, ale że jest obarczony od urodzenia licznemi wadami. To tłumienie nienawistnych czyli sadystycznych popędów, wywołuje inne jeszcze objawy depresji melancholicznej, które napotykamy co dnia, a więc w pierwszym rzędzie *urojenia grzeszności*, które przybierają tem większe, tem potworniejsze rozmiary, im silniejszy jest napór z nieświadomego niewyładowanej, nienasyconej libido sadystycznej. Inne objawy depresji, jak zahamowanie, tłumaczy *Abraham* ze stanowiska libido w ten sposób, że chory, nie będąc w stanie dać ujścia swym popędom, nieświadomie ucieka od ludzi, od świata, neguje życie i t. d.

A stany manjakalne? Jak one tłumaczą się z tego stanowiska? *Abraham* odpowiada: Napór pozytywnej i negatywnej libido jest tak silny, że siła tłumienia nie daje sobie z nim rady, tama stosowana przez nią się zrywa i następuje wybuch, przerywają się do świadomości zarówno pozytywne uczucia miłości, jak i negatywne złości i nienawiiści. Brak potrzeby hamowania się, uczucie, że hamo-

mowanie się jest zbędne, jest podstawą dobrego humoru, wesołości (jak to ustalone zostało przez *Freuda* w badaniach nad genezą dowcipu); w stanie manjakalnym widzimy dalej brak przymusu logicznego, grę słów, wszystko to, co widujemy w stanie dziecięcym, kiedy popędy nie ulegają jeszcze tłumieniu, kiedy dziecko wyżyć się jeszcze musi zgodnie z swymi popędami; niedarmo chorzy w stanie manjakalnym mówią często o sobie, że czują się jak „nowonarodzeni". Jakże cudownie, intuicją geniusza wiedziony, Goethe, określił ten stan w prologu do Fausta, kiedy poeta mówi:

„Gib *ungebändigt* jene Triebe,
„Das tiefe, *schmerzenvolle* Glück,
„Des Hasses Kraft, die Macht der Liebe,
„Gib meine Júgend mir zurück".

Tak oto w zarysie przedstawia się pierwsza ogólniejsza koncepcja psychoanalityczna psychozy manjakalno depresyjnej. Chociaż w ostatniem dziesięcioleciu, jak to zaznaczyliśmy już wyżej, uległa ona, jeżeli nie zmianie radykalnej, to ważnym uzupełnieniom i znacznemu pogłębieniu, to jednak zawiera ona jeden kardynalny moment, który przetrwał do dzisiaj, moment podkreślający w melancholji współistnienie dwu przeciwnych sobie elementów, uczucia miłości i uczucia nienawiści, moment dwuwartościowości czyli t. zw. *ambiwalencji (Bleuler)* w stosunku do objektów miłości. Jest to cecha, znamionująca *regresję* libido do wczesnych okresów organizacyj seksualnej, t. z. okresów pregenitalnych. Jak wiadomo, odkrycie *Freuda*, dotyczące rozwoju seksualności dziecięcej, ustalenie stadjów tego rozwoju, stanowi wogóle punkt zwrotny w nauce psychoanalitycznej o psychonerwiach i psychozach, od którego datują wszystkie dalsze zdobycze, dziś już utrwalone, zwłaszcza dotyczące t. zw. wyboru nerwicy lub psychozy, t. j. wyjaśnienia, dlaczego dany osobnik zachorowuje na taką a nie inną psychonerwicę lub psychozę. Odczyt Freuda na międzynarodowym kongresie psychoanalitycznym w Monachjum w r. 1913 pod skromnym tytułem „Zur Disposition der Zwangsneurose", ustala prawdę, do dziś zachowującą swą siłę, że nerwica natręctwa powstaje wtedy, kiedy libido w rozwoju dziecka utrwala się (Fixierung) w okresie fezy odbytnicowej (analnej), z którą związane są również uczucia ambiwalencyi do objektu seksualnego z przewagą popędów sadystycznych. Ta faza seksualności dziecięcej nosi odtąd miano *sadystyczno-analnej* i nastałe związana jest z psychonerwicą natręctwa. Już w roku następnym (bo w 1914) ukazuje się trzecie wydanie „Trzech rozpraw o teorji seksualnej" („Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie"), (dzieła, które nawiasem

mówiąc doczekało się już wydania szóstego w r. 1925), gdzie Freud wykrywa wcześniejszą jeszcze fazę przedgenitalnej seksualności dziecięcej niż sadystyczno-analna, mianowice fazę *ustną, oralną* czyli *kannibalistyczną*. To odkrycie było dla psychoanalizy stanów melancholicznych punktem zwrotnym o wielkiej doniosłości, albowiem już w dwa lata później ogłasza *Abraham* pracę p. t. „Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsphase der Libido", gdzie wypowiada pogląd, że obraz melancholji odpowiada regresji libido do tego właśnie *oralnego* stadjum seksualności. Zacytujmy dosłownie, jak *Freud* charakteryzuje to stadjum. „Pierwszą pregenitalną organizacją seksualną jest organizccja *oralna*, albo, jeżeli chcemy, *kanibalistyczna*. Czynność seksualna nie jest tutaj jeszcze oddzielona od funkcji odżywiania, sprzeczności w jej obrębie nie są jeszcze zróżnicowane. Objekt jednej czynności jest jednocześnie objektem drugiej, cel seksualny polega na wchłonięciu objektu (Eniverleibung), co jest pierwowzorem tego, co później jako *tdentyfikacja* z objektem odgrywać będzie tak doniosłą rolę psychiczną".

Prawie jednocześnie z pracą *Abrahama*, gdzie wypowiedziane jest domniemanie o związku melancholji z tą fazą oralną, ukazuje się nowa praca *Freuda* o melancholji p. n. Trauêr und Melancholié („Żałoba i Melancholja"), gdzie na tle porównania normalnej żałoby i stanu chorobowego melancholji zajmuje się stosunkiem melancholika do utraconego objektu, potwierdzając jednocześnie koncepcję *Abrahama* co do genezy melancholji, jej związku z fazą oralną seksualności. To studjum wagi pierwszorzędnej, jeżeli chodzi o zrozumienie współczesnych poglądów psychoanalitycznych na psychozę manjakalno-depresyjną, wymaga specjalnie dokladnego omówienia.

Jaka istnieje różnica między żałobą a depresją chorobliwą wogóle, między żałobą a melancholją specjalnie? Utrata kogoś bliskiego, jakiegoś objektu miłoścl, wywołuje w nas stan uczuciowy, którego cechy główne to bolesne odczuwanie braku tego objektu, poczucie tego, że nie może być odzyskany, ani przez nikogo, przez nic zastąpiony, a więc, co za tem idzie, odwrócenie się od świata zewnętrznego,[1]) mówiąc językiem psychoanalitycznym do aktywowania nanowo swej libido, skoncentrowanej na przedmiocie utraconym. „Ja" osobnika broni się krócej lub dłużej przeciwko temu musowi życia, ale wreszcie ulega, stając się znów wolnem od swego zaha-

[1]) W bolesnej, samotnej udręce. Twarda, nieubłagana rzeczywistość wymaga od osobnika, dotkniętego żałobą, powrotu do życia, do objektów świata zewnętrznego.

mowania, które spowodowała żałoba. Jest wiele cech psychologicznych wspólnych między żałobą a *stanem chorobowym*, noszącym miano melancholji [1].

I bolesny smutek, i zamknięcie się w sobie, odgradzanie się od świata zewnętrznego, i rozpacz, jakby po utracie kogoś ukochanego niemożność kochania kogokolwiek. Istnieje natomiest jedna radykalna, zasadnicza różnica. W żałobie niema zmiany samopoczucia, w melancholji natomiast występuje na plan pierwszy zmiana samopoczucia—w sensie ujemnym, obniżenie własnego „ja", uczucie grzeszności, wyrzuty sumienia, mieszanie siebie z błotem, oczekiwanie kary. „Ja" w melancholji pomniejszyło się, zubożało, w żałobie świat zewnętrzny zubożał, opustoszał przez utratę ukochanego objektu, samo „ja" osobnika, dotkniętego tą stratą, pozostało niezmienionem.

Chory na depresję melancholiczną uważa się za człowieka podłego, niemoralnego, wyrzutka społeczeństwa, godnego najżywszej pogardy, skazanego na najsroższe kary, przyczem nie zdaje sobie zupełnie sprawy z zaszłej w nim zmiany, sądzi, że zawsze był taki, jakim jest teraz. Widzimy—słowem, że mamy do czynienia w melancholicznej depresji z jakiemś rozdwojeniem osobowości chorego, albowiem jedna część tego „ja", jakby instancja krytykująca, oskarżająca, potępia drugą część tego samego „ja". Na jakiej podstawie się to dzieje? Musi być jakieś uzasadnienie tej pogardy, tego potępienia, z jakiem występuje chory przeciwko sobie samemu. Otóż w wielu przypadkach udaje się stwierdzić, że samooskarżenia chorych odnoszą się właściwie nie do nich samych, a całkowicie lub z małemi zmianami stosować się mogą do którejś z osób z otoczeczenia najbliższego, którą, jak powiada *Freud*, chory „kocha jeszcze, kochał kiedyś lub kochać był powinien". Są to więc nie wyrzuty, czynione sobie samemu, ale komuś innemu, z którego nieświadomie przenoszone się na własne „ja".

Jakiż jest mechanizm tego zjawiska? Związek z jakąś osobą określoną, na skutek jakiegoś realnego zmartwienia, czy rozczarowania ze strony osoby kochanej, uległ rozluźnieniu, libido odwróciła się od tego objektu, ale zamiast przesunąć się na inne objekty, jak to się dzieje w żałobie po utracie ukochanej osoby, skupiła się w osobniku samym i tu znalazła to zastosowanie, że stworzyła *identyfikację* „ja" z owym porzuconym objektem. Cień objektu te-

[1]) *Freud* zastrzega się, że rozważania jego dotyczą pewnej tylko kategorji stanów depresyjnych, gdzie charakter psychorodny jest widoczny.

go—powiada *Freud*—legł w ten sposób na osobowości", która dzięki temu może się stać przedmiotem krytyki, zarzutów, oskarżeń, potępienia, jak ów porzucony przez libido objekt; konflikt między „ja" osobnika i ową ukochaną osobą zastąpiony został przez rozłam między krytykującem „ja" z jednej strony i drugą częścią tegoż „ja", zmienioną już przez *identyfikację* z owym objektem miłości. Objekt został porzucony, ale miłość ku niemu przeobraziła się, a raczej cofnęła się ku najpierwotniejszemu stosunkowi, jaki istnieć może, między „ja" i objektem zewnętrznym, t. j. ku *identyfikacji* z nim; libido cofnęła się do stadjum, w którym przedmiot ukochany był wchłaniany i jednocześnie niszczony. Znęcanie się chorego na depresję melancholiczną nad sobą samym jest właściwie nasyceniem tych popędów nienawiści, jakie żywił chory w stosunku do objektu, do którego przez identyfikację ustosunkował się dwuwartościowo, ambiwalentnie, kochając i jednocześnie nienawidząc. Identyfikacja z objektem jest niczem innem, jak wchłonięciem go w siebie, jest wyrazem regresji do pierwszej fazy organizacji seksualnej libido, kiedy się pożądany objekt przez usta wchłaniało i przytem niszczyło. Dlatego też faza ta nazywa się inaczej kannibalistyczną; wszak ludożerca zatrzymał się właśnie na tej fazie rozwoju; wrogów swoich kocha tak, że ich pożera, pożera tylko tych, których kocha [1]).

Dla nieuświadomionych w koncepcjach psychoanalitycznych wydaje się to wszystko niezrozumiałe, dziwaczne i sztucznie skonstruowane.

Dlatego też przytoczyć tu muszę przypadek, jaki miałem sposobność obserwować u siebie w oddziale szpitalnym, gdzie z niezwykłą, rzadko spotykaną wyrazistością udaje się stwierdzić powyżej naszkicowany mechanizm psychologiczny melancholji.

* *
*

Przypadek dotyczył 65-letniej kobiety, której choroba rozwijała się stopniowo od 3 miesięcy. Mąż podaje różne przyczyny, które łączy z wybuchem choroby, przeważnie zmartwienia rodzinne, pożar miasteczka, brak mieszkania i t. d. Chora stała się agresywna, biła bliskich i obcych, *zły duch wszedł w nią i każe bić i dusić.* Biła również siebie samą. Dokonywała wielokrotnych prób samobójstwa, chciała się utopić lub zadusić. Uciekała z domu do rzeki, ostatniej nocy uciekła z domu w koszuli w pole. Wciąż powtarza, że zły duch siedzi w niej i ciągnie do wody. Za grzechy Bóg ją ukarał, osiedlił

[1]) Freud. Massenpsychologie u. Ich-Analyse. 1921. Inten. Psych. Verby.

w niej szatana. Nie tylko sama, ale całe miasto zgrzeszyło, ona cierpi za grzechy miasta. Nie jest człowiekiem: jest lisem, krową. Nie chciała przyjmować pokarmów: *„zły duch nie potrzebuje jeść”*. Podczas badania samorzutnie wypowiada swoje urojenia. Pokazuje palec, który chciała odgryźć sobie, zdrapała sobie naskórek na twarzy, gryzła sobie ręce. Twierdzi, że spółkuje z nią szatan. *Szatan żyje w niej, sama jest szatanem. Nie wie, co się z nią stało. Czuje nieprzeparty mus zabijania, duszenia ludzi.* Chciała męża swego udusić. Takiego nieszczęścia, jakie ją spotkało, niema. Nie rozumie, co się z nią dzieje, *świat się odmienił.* Nie rozumie tych impulsów agresywnych, które czuje w sobie; zdaje sobie sprawę, że wydaje krzyki dzikie, nieludzkie. Czuje, że *świat znika. świat będzie spalony,* nic nie będzie: ani ludzi, ani bydła nie będzie; wtedy przyjdzie Mesjasz, ale ona nie zobaczy go. Spółkujący z nią szatani wylewają tyle nasienia, że po chwili koszula jest mokra. *Chce wszystkich ludzi zamordować.* Siebie nie uważa za chorą nerwowo, jak inne chore na oddziale: jest szatanem, nie człowiekiem. Ostatni stosunek z mężem przed 4 tygodniami, z szatanami już dawniej. Szatani są niewidzialni, ale czuje, że spółkują z nią. czuje tkwiący w pochwie palec szatana, jak członek męża. Czuje w sobie różne chcenia, których nie można przezwyciężyć np. *chciała jeść kał w klozecie,* gdzie szatani namawiali *ją, by zjadła kał.* Wyleciała w pole i jadła trawę. Ma usta, jak świnie; wszelkie brudy *zjadłaby chętniej, niż ludzkie pożywienie.* Czuje, że *klozet jest prawdziwem jej mieszkaniem,* że po *święcie błąkać się będzie po klozetach.* Niczego podobnego jeszcze nie było. Kilka razy wypowiada widzenia o *końcu świata.* Wszystko, co robi jest dziełem *szatana, siedzącego w niej.* Niema dla niej ratunku. Czy zgrzeszyła? Była cnotliwą żydówką, wychowała dzieci, psalmy odmawiała. Przez nią *świat zniknie* a potem przyjdzie Mesjasz na Wielkanoc. Czuje, że *szatani wnikają w jej dzieci.* Wie, że nikt jej nie wierzy. Każdy człowiek ma swoje grzechy. Może *dlatego została ukaraną, że mąż odbywał z nią stosunek przez usta. Mąż ją skłonił do tego.* To *jest niesłychana rzecz, żeby w ten sposób odbywać stosunek. Nawet u zwierząt w ten sposób stosunek się nie odbywa. Broniła się, ale mąż ją zmusił do tego. Nie można jej tego wybaczyć. Przez męża świat zniknie.* (Kto winien—mąż czy żona). *Oboje winniśmy,* nie powinnam była dopuścić do tego. *Zgrzeszyłam.* Teraz mnie będą *dręczyć, rodzinę moją, świat.* Po przyjściu Mesjasza jej rodzina nie *zmartwychwstanie. Nigdy o tem nie pamiętała. Przed tygodniem sobie przypomniała. I przez ten jej* grzech *wszystko musi zginąć* (Dlaczego nie zjadła kału?) Bo nie była jeszcze tak rozstro-

na—*teraz by zjadła.* Gdy *brała kał, nawet już nie czuła zapachu wstrętnego. Mąż ją namówił do ohydnego stosunku, zgodziła się, uległa namowom. Kuszono ją z nieba. Wszystko jadłaby i jadła rzeczywiście: błoto, cegły. Wszystkie nieszczęścia jej własne i świata całego są skutkiem* stosunku, który *miał miejsce pół roku po ślubie. Ludzie naokoło niej zarazili się: też mają już szatanów. Wszystko już stracone, nie do powetowania. Straszny to grzech,* bo *nawet u świń niema stosunku przez usta. Zgubiła świat cały. Przez dwoje ludzi zginie świat cały. Wszystkie grzechy razem są mniej ważne, niż ten jeden.* Przez jej grzechy już nawet Mesjasz nie przyjdzie, *świat zniknie, będzie pustka i ciemność.* Nagle *wykrzywiając usta, krzycząc przeraźliwie, wydając dźwięki nieartykułowane, mówi, że to szatan jej każe tak mówić, że nie może oprzeć się jego nakazom.* Opowiadając z nadzwyczaj silnym afektem o swoim grzechu, nagle chwyta *szlafrok zębami,* mówi, że *czuje w sobie* mus *odgryzienia kawałków, jak zwierzę jakieś.* Prosi, żeby jej związać ręce, bo nie może oprzeć się tym impulsom. *Agresywność zwracać będzie nietylko ku światu zewnętrznemu, ale i ku sobie.* Chwyta kawały ciała i pokazuje, jak je *odrywać będzie,* jak *odrywać będzie piersi* sobie, gdy usłyszy władczy podszept szatana. *Ludzi jadłaby.* Mogłaby wszystko zjeść: ludzi, kał—wszystko... *Trawę już jadła, jak bydło.* W domu *jadła już słomę i nieskrobane kartofle, wypluła je,* obrzydliwe rzeczy jadła różne... I taką ma siłę, że 4 żydów musiało ją wiązać: a *jak odeszli, to jak zwierzę rozerwała więzy, gryzła siebie, jak zwierzę. W mróz była wczoraj na dworcu i nie zaziębiła się.* Djabeł *ma z nią 4 razy na godzinę stosunek—czuje się, jak z mężem. Djabeł siedzi w niej. Przyjemnie jej nie jest przy tym stosunku, boli ją bardzo, krzyczy gwałtu przytem... Cały świat zgubiony,* może przez nią, a może i *przez inne kobiety i ludzi,* kobiety się z niej śmieją i mąż *nie wierzy, że tak było, nie pamięta, ale ona pamięta...* W lecie chciała, gdyby pozwolili, leżeć w chlewie z końmi, ze świniami, bo zdawało jej się, wszystko co *brudne, to czyste... Pali się cały świat,* będzie tak drogo, że nic nie będzie można dostać za pieniądze, wszystko zmarnuje się, wymarznie. *Po drodze, gdy jechała wszystko było inaczej,* ludzie byli nieliczni, słupy telegraficzne były poprzewracane".

...,Chciałabym mieć piwnicę, żeby w niej jedno *okienko* było. Mogłabym tam *sto lat siedzieć, kiedy ja nie potrzebuje jeść. Szatani przyszliby tam, byłby* taniec szatanów...

...*Nie może domyć rąk, bo już zawsze będzie brudna. Jak się świat skończy, będzie śmierdzące morze, ją i innych tam wrzucą, będą ją bić po twarzy. Nigdy nie umrze.* Jak świat zginie, tylko Pan

Bóg zostanie i *będzie ją mordował*. Wszystko to, co mówi, jest prawda. Coraz większe będą jej grzechy. W każdym mieszka djabeł. *Przed stosunkiem nie miała w sobie szatana, całe życie nie czuła go w sobie, ostatnio go czuje*... Kiedy mówi się do niej „pani", poprawia, że to nie „pani", tylko *djabeł*... Jeść *nie będzie, bo wszystko jedno* — paskudztwo w niej zostanie. *Szatan spółkuje z nią. Szatan od 45 lat w niej siedzi.* Przed 45 laty stał się wielki grzech, ale nie myślała o tem, aż przyszła ostatnia choroba, kiedy odczuwała nieprzezwyciężony popęd do *bicia, duszenia siebie, przypomniała sobie o grzechu*. Pokarmów stałych nie przyjmuje, dużo pije, później już płynów też przyjmować nie chce; karmić ją trzeba przy pomocy zgłębnika...

* *
*

Tak to przedstawia się w zarysie głównym ten wyjątkowy zupełnie przypadek niewątpliwej depresji melancholicznej, wyjątkowy i pod względem ogólno psychjatrycznym, wyjątkowy pod względem swej wartości psychoanalitycznej.

Przerwałem teoretyczne wywody, dotyczące psychoanalizy melancholji, uważając je za zbyt trudne do zrozumienia bez dowodów dostatecznych. I oto mamy przed sobą dowód, trudniej zaprawdę, o jaskrawszy — dowód realności koncepcji Freudowskiej. Przyznajemy, że niełatwo wykazać tak, jak tutaj, owe związki nieświadome, które leżą u podłoża depresyi, że bodaj nie wszystkie stany depresyjne mają ten właśnie mechanizm psychologiczny, ale to jedno stwierdzić można już na zasadzie tego przypadku i innych, że dla pewnej kategorji depresji ta koncepcja psychoanalityczna ma swój walor niezaprzeczony.

Przechodzimy do omówienia tego przypadku. Co widzimy? Po ciężkich przejściach rodzinnych, po klęsce pożaru w miasteczku, 65 letnia kobieta zachorowuje ciężko psychicznie, wykazując odrazu agresywność w stosunku do otoczenia i siebie samej i zaczyna wypowiadać urojenia grzeszności o charakterze płciowym, za które musi odpokutować sama i świat cały za nią. Osią, około której kręci się wszystko, to jej grzech, który popełniła 45 lat temu, w pół roku po ślubie, grzech stosunku z mężem przez usta. On tego nie pamięta, ale ona przypomniała sobie teraz, kiedy zaczęła odczuwać nieprzeparty impuls do bicia, duszenia, gryzienia, jedzenia wszystkiego, nie wyłączając kału. Jest nie człowiekiem, ale zwierzęciem, które żreć może wszystko, jadła już trawę, słomę, nieobrane kartofle, kału nie jadła, ale chciała jeść, czuła popęd do zjedzenia, nie czuła już nawet wstrętnego zapachu kału. Wszystko to kara za

grzech, który popełniła; wszystko to przez szatana, który wszedł w nią od tego czasu, od czasu tego stosunku niedozwolonego z mężem, szatana, który spółkuje z nią bezustannie prawie 4 razy na godzinę... Takiego nieszczęścia jeszcze nie było... Musi zginąć, rozerwą ją na kawały, a wraz z nią świat cały, nawet Mesjasz przez nią nie przyjdzie wcale...

Nawet dla niewtajemniczonych w arkana psychoanalizy, przypadek tem daje się interpretować w jednoznaczny tylko sposób. Ów szatan, który siedzi w chorej, to członek męża czyli mąż sam, którego wchłonęła w siebie przy stosunku przez usta (urojenie, stworzone ad hoc przez chorą) z tym szatanem się zidentyfikowała, sama jest szatanem, nie człowiekiem... Przez identyfikację, oskarżenia, które właściwie powinnny spaść na głowę męża, który namówił ją rzekomo do tego stosunku, skierowuje ku sobie, sama poniesie karę, musi umrzeć, musi być rozdarta w kawały, sama siebie będzie gryzła; właśnie gryźć innych, gryźć siebie — oto przymus, oto impuls, pod którego władzą się znajduje. Będzie jadła wszystko co najobrzydliwsze, aż do kału włącznie. Dlaczego? Ów objekt — mąż — szatan, którego wchłonęła, w siebie i wydziela go wraz z kałem, znów własny impuls wchłaniania go nakazuje jej pożerać po raz wtóry, jako kał... Objekt, który wchłonęła w siebie, przechodzi niejako psychicznie przez cały przewód pokarmowy od ust aż do odbytnicy. Trudno o bardziej jaskrawą ilustrację tego, co psychoanaliza nazywa regressją libido do fazy oralnej i do fazy analnej. Pozatem trudno o bardziej imponujący wyraz tendencyj sadystycznych, związanych własnie z temi dwiema fazami dziecięcej organizacji seksualnej. Znęca się nad sobą, bo znęcać się musi nad wchłoniętym w siebie objektem swych pożądań, wahających się między miłością i nienawiścią, dwuwartościowych, ambiwalentnych. Wchłonięcie w siebie pożądanego objektu, jako wyraz identyfikacji, i jednocześnie zniszczenie go doszczętne, zrobienie z niego kału—oto wyraz oralnej fazy seksualnej, połączonej z sadyzmem, wyraz *kanibalizmu całkowitego*, do którego cofa się *libido* w naszym przypadku i przypadkach do niego podobnych. Nasz przypadek, powtarzam, przez swą jaskrawość jest bodaj unikatem w literaturze. Uwydatnia się w nim, jak nie można lepiej, owo rozdwojenie psychiki, powstanie owej karzącej instancji psychicznej— sumienia — inaczej „jaźni idealnej", która właśnie znęca się sadystycznie nad wchłoniętym objektem, a raczej nad częścią swego własnego „ja", zidentyfikowanego z pochłoniętym objektem.

Jeszcze w związku z tym przypadkiem i jego interpretacją kilka rozważań teoretycznych.

Czy wolno, na zasadzie analizy pozypadków *Abrahama*, świetnych teoretycznych wyników *Freuda*, na zasadzie naszego przypadku uogólniać te wnioski, które z nich wypływają i twierdzić, że każda depresja melancholiczna da się sprowadzić do tych pierwiastków nieświadomych, jakie tu zostały ukryte? Sądzimy, że na to twierdzenie zamało jeszcze mamy danych faktycznych, wnioski psychoanalityczne zawsze opierać się muszą, jak dotąd się opierały, na ścisłej i bogatej empinji. Co do naszego tematu, to powiedzieć to muszę, że taki sceptyk w stosunku do koncepcji psychoanalitycznych, specjalnie dotyczących melancholji, jak *Schilder*, przyznaje bez wahania, przynajmniej na zasadzie swego własnego przypadku, że tendencje *kanibalistyczne* mają niezaprzeczone znaczenie w powstawaniu zespołu melancholicznego. To jedno.

A dalej nastręczają się tu w związku z naszym przypadkiem dwie kwestje, dotąd jeszcze w nauce psychoanalitycznej nieustalone. Pierwsza to kwestja narcyzmu. Czy i o ile można mówić w melancholji o regresji do stadjum narcystycznego. Nie mogę się tu wdawać w subtelności zawiłej sprawy narcyzmu wogóle, powiem tylko, że zgodnie z nauką *Freuda* o popędach, każdy popęd ma swój kierunek i swój *objekt*, to samo dotyczy popędu seksualnego. Fazy organizacyjne libidinis (oralna, analna, genitalna) wyobrażają cel—kierunek libidinis, zaś tym fazom odpowiada stosunek „jaźni" do *objektów* świata zewnętrznego. I tak według *Abrahama*, wczesnej fazie oralnej odpowiada zupełny brak stosunku do objektu zewnętrznego, późniejszemu trochę okresowi tejże fazy oralnej odpowiada całkowite wchłanianie w siebie objektu, czyli t. zw. *introjekcja*, powodującą identyfikację z objektem, (z czem mamy do czynienia, jak widzieliśmy, w depresjach melancholicznych), co możliwe jest tylko przy narcystycznym stosunku do objektów, t. j. przy takim stosunku, kiedy jakąś osobę ukochaną identyfikuje się z jakąś częścią wartościową swego własnego „ja". Miłość macierzyńska może być wzięta jako przykład miłości narcystycznej, czego wyrazem są naprzykład pieszczotliwe zwroty w rodzaju „moje serce", „moje oczko w głowie" i t. d. Jest to pozostałość po pierwotnym stosunku do objektu miłości z owej wczesnej fazy identyfikacyjnej. W tym sensie mówić należy w melancholji o *narcyzmie*. Wiąże się to z drugą sprawą, którą chcę tu poruszyć w związku z naszym przypadkiem. Jest to sprawa urojeń o końcu świata, spotykanych często w melancholji, jeszcze częściej w schizofrenji. U chorej *Schildera* istniały również te urojenia—fantazje o końcu świata; omawiając je i porównywając z urojeniami podobnemi w schizofrenji,

Schilder przychodzi do wniosku, że różnią się one od tych ostatnich tem, że w jego przypadku melancholji świat w fantazjach chorej nie znika zupełnie, jak w schizofrenji, ale obniża się niejako, spada do poziomu niższego, staje się objektem pożywienia i wytworem tego spożycia — kałem, produktem rozpadu i zgnilizny. Tak było w jego przypadku. Pyta *Schilder*, czy o innych przypadkach melancholji z urojeniami o końcu świata to samo dałoby się powiedzieć. W naszym przypadku dzieje się trochę inaczej: świat zniknie, nic nie pozostanie, tylko Bóg... innym znów razem świat zniknie, tylko pozostanie jakieś śmierdzące morze, do którego wszyscy będą wtrąceni (to ostatnie urojenie zbliża się do urojeń chorej *Schildera);* naogół jednak różnią się urojenia te u naszej chorej od urojeń u tamtej chorej w tym sensie, że właśnie przeważnie mowa o całkowitem, doszczętnem zniknięciu świata. Naszem zdaniem, nie tu gdzie *Schilder*, szukać należy różnicy między fantazją o końcu świata w schizofrenji i w melancholji. Podczas kiedy w schizofrenji fantazja ta czy urojenie wypływa z negacji świata, z *autyzmu*, z zaprzeczenia objektów świata zewnętrznego, tutaj w melancholicznem urojeniu o końcu świata wyraża się cała głębia i potęga poczucia własnej grzeszności i winy, która ten koniec świata sprowadzić musi nieodzownie. I to, jak powiadam, wiąże się z kwestją pierwszą, z kwestją *narcyzmu*, albowiem tylko narcystyczne nastawienie do objektów świata zewnętrznego może tak wyolbrzymić własną winę, własny grzech, ażeby mogły doprowadzić świat cały do zagłady...

* * *

Ale dość już tych okropności, dość kanibalizmu, dość roz szalałej erotyki sadystycznej, dość o depresji... Wszak mamy jeszcze dziś omówić drugą, słoneczną stronę tego samego medalu— stany manjakalne. Jak po latach 15-u od czasów pierwszej pracy *Abrahama*, o której mówiliśmy na początku, przedstawia się dziś ta sprawa, ze stanowiska nowszych poglądów psychoanalitycznych?

Już zaznaczyliśmy na wstępie, że o wiele mniej pewnego powiedzieć o tem można, niż o depresji. Wnioski zbudowane są tu raczej na analogji, niż na faktach zdobytych empirycznie.

Freud zajmuje się sprawą stanu manjakalnego bardzo niewiele, ponieważ, jak twierdzi, brak mu do tego dostatecznego materjału. W pracy wyżej już omawianej, „o żałobie i melancholji" stara się przynajmniej hypotetycznie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego po żałobie, w której wszak cała osobowość człowieka pochłonięta jest stratą ukochanego objektu, nie występuje coś w rodzaju stanu ma-

njakalnego, uczucie wyzwolenia, ale stopniowo tylko mus życia, rzeczywistość, przywiązanie do życia, dbałość o siebie samego (normalna reszta narcyzmu, każdemu człowiekowi właściwa) doprowadza do likwidacji konfliktu. Na to pytanie odpowiada *Freud*, biorąc za punkt wyjścia ekonomiczny punkt widzenia, który stanowi jedną z podstaw jego całej metapsychologji, o której tu mówić szerzej nie mogę. *Freud* sądzi, że analogicznie do stanów radości, tryumfu, jakie odczuwamy w stanie normalnym po długiem tych uczuć tłumieniu, które nakazywało nam życie, występuje w stanie manjakalnym stan wyzwolenia, tryumfu, po dokonaniu ciężkiej pracy melancholicznej, gdzie związanych było tyle sił psychicznych dla walki, dla pracy tłumienia nieświadomych impulsów i które teraz po zakończeniu tej walki wybuchają tryumfalnie, szukając wzamian za objekt miłosny, z którym „ja" osobnika zdołało się tak lub inaczej załatwić, innych, coraz to nowych; które w przeciwieństwie do tamtego traktuje sobie lekko, pobieżnie, niejako tryumfując nad nimi, kompensując sobie tę udrękę, którą sprawiał osobowości w depresji *ów* jeden, jedyny, z którym tak ciężko było dać sobie radę. Jaźń zbogacona została o cały zasób uwięźniętej w tej pracy libido—i tryumfuje. Ten t. zw. ekonomiczny punkt widzenia uzupełniony został przez *Freuda* w kilka lat później w pracy p. t. „Massenpsychologie u. Ich—Analyse" w r. 1921, gdzie po raz pierwszy zajmuje się analizą osobowości, wyjaśnia powstanie owej krytycznej, sądzącej instancji, owego „Ja" idealnego, które dokonywa, jak wskazaliśmy, tak bezwzględnej, groźnej egzekucji i nad drugą częścią osobowości w procesie melancholji. W stanie manjakalnym człowiek zrzuca z siebie panowanie swej instancji krytykującej i karzącej, owo „ja" idealne, zamiast przeciwstawiać się drugiej połowie, ja", zlewa się z nim w jedno. Ów „cień" objektu miłości, cień, który legł na osobowości zniknął, osobowość oddycha swobodnie i oddaje się w pełni kompletnemu, zawrotnemu szałowi wyzwolenia. „Ja" przestało być ofiarą wchłoniętego przez siebie objektu; *libido* niehamowana niczem, zwraca się z pasją ku wszystkim objektom świata zewnętrznego, wchłania je wszystkie, co manifestuje się nietylko w tak często spotykanem pochłanianiu pokarmów, *libido oralna*, ale i w pobudzeniu erotycznem. Przedmioty wchłaniane równie szybko z siebie wyrzuca, jakby mszcząc się nad światem objektów, za ten czas depresji, podczas którego czuł się jakby wydziedziczonym, wyrzuconym poza nawias świata zewnętrznego. Dziś on panuje, po królewsku bierze i odrzuca wszystko, *narcyzm* pełny, niczem niehamowany, święci swój trumf. *Libido oralna* wy-

rażająca się w wielomówności, podczas depresji znajdująca się w niewoli „ja" idealnego, teraz wyzwolona, wyżywa się bez żadnych przeszkód.

* * *

Tak oto przedstawia się w zarysie zaledwie nauka psychoanalityczna o psychozie manjakalno-depresyjnej. Dużo jeszcze pracy czeka psychoanalizę, ażeby te wszystkie podstawy, tu wyłuszczone, rozbudować i uzupełnić. W każdym razie początek, zwłaszcza dla stanów depresyjnych, jest dokonany, i nauka o psychozie manjakalno-depresyjnej poszczycić się może niektóremi trwałemi już zdobyczami, a przedewszystkiem ustaleniem związku tej psychozy z *libido* oralną i z narcyzmem, upośledzonym w depresji a tryumfującymi w stanach manjakalnych.

Dodam tu jeszcze słów parę o leczeniu stanów manjakalno-depresyjnych psychoanalizą.

Wspominałem już na wstępie, że przedstawia ona trudności zwłaszcza w stanach cięższych, że najbardziej nadają się do tego stany lekkiej depresji lub stany zwolnienia zupełnego między napadami depresyjnemi lub manjakalnemi. *Freud, Abraham* i inni na zasadzie własnego doświadczenia mówią o wyleczeniu wielu przypadków. Ja osobiście nie mam w tym względzie własnego ustalonego poglądu.

Piśmiennictwo.

1. *K. Abraham* Ansätze zur psychoanalytischen Erfahrung und Behandlung des m. depress. Irreseins u. verwandter Zustände, Zentralbl. f. Psychoanalyse. 1912.
2. *S. Freud* Zur Disposition der Zwangsneurose. 1913.
3. *S. Freud* Drei abhandlungen zur Sexualtheorie. 6-e wyd. 1925.
4. *S. Freud* Trauer u. Melancholie. (Sammulung kleiner Schriften zur Neurossenlekre Vierte Folge. 1918.
5. *S. Freud* Massenpsychologie u. Ich—Analyse. 1921.

Maurice Bornsztajn. **La psychose maniaque-dépressive au point de vue de la psychoanalyse.**

La psychoanalyse a jeté la lumière sur la psychose maniaque dépressive beaucoup plus tard que sur la schizophrénie, parce que la psychose maniaque-dépressive, malgrè son caractère *par excellence* affectif est peu accessible pour la psychoanalyse par ses résistances, beaucoup plus grandes que dans la schizophrénie.

Les travaux principaux sur ce sujet sont ceux de Abraham et de Freud. Au point de vue de la théorie de *libido* la dépression ma-

lancolique relève de la période orale et sadistique de la *libido*. Le cas décrit par l'auteur met nettement en évidence ces élements orales et sadistiques chez une femme de 65 ans qui produit un délire tout à fait caractéristique. Elle est la plus grande pécheuse du monde, rien de pareil n'est jamais arrivé; il y a 45 ans elle a commis un délit qui n'est jamais arrivé à aucun; pendant l'acte sexuel avec son mari elle a mis son pénis dans la bouche. Elle avait tout oublié, maintenant elle s'en souvient trés bien. C'est un péché qui exige la mort non seulement d'elle même, mais qui fait détruir le mond entier. Le diable reste dans elle et exécute avec elle des actes sexuels mille fois par jour, il la tourmante d'une manière insupportable. Elle ne peut pas vivre, elle doit mourir et à cause d'elle le monde ne peut plus éxister. Elle veut mourir et engloutir tout ce qu'il y a de plus abominable inclusivement les produits de defécation.

Voilà un cas d'une melancolie qui reléve avec exactitude la patogènie oral—sadistique de cette affection. Les états maniacaux sont beacoup moins clairs, beaucoup moins élucidés au point de vue de la psychonalyse; ont peut dire seulement que l'etat maniacal est une éruption de l'énergie psychique qui était enragée pendant la phase dépressive et que c'est un triomphe de „moi" du malade, une éruption du narcisme.

NASZA GOSPODARKA PSYCHJATRYCZNA W ŚWIETLE CYFR 1926 ROKU.

zestawił

Dr. W. ŁUNIEWSKI.

Katastrofalny brak miejsc dla pomieszczenia psychicznie chorych, z jakim zetknęły się władze administracyjne Polski Niepodległej, skłonił nasze naczelne władze zdrowia do bliższego zapoznania się z liczbowym stanem potrzeby miejsc psychjatrycznych i stanem opieki nad psychicznie chorymi na terenie Rzeczypospolitej w jej ustalonych granicach państwowych. W końcu roku 1924 Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia Publicznego rozesłała do władz administracyjnych ankietę, mającą na celu sporządzenie pewnego rodzaju spisu psychicznie chorych z podziałem ich według płci, wieku i zgruba ocenianego zachowania się (chorzy spokojni i niespokojni).

Wyniki tej ankiety zostały opracowane bardzo szczegółowo przez Dr. J. Bednarza i ogłoszone drukiem w „Roczniku Psychjatrycznym" (Zeszyt VII 1927 r.) pod tytułem: „Obecny stan opieki lekarskiej nad psychicznie chorymi w Polsce".

Z zestawień Dr. Bednarza dowiadujemy się, że w dn. 1 stycznia 1925 r. zarejestrowano w Polsce *21.922* osoby, zakwalifikowane przez najniższe organy władzy administracyjnej jako psychicznie chore, wymagające pomieszczenia w zakładzie psychjatrycznym. Przy zaludnieniu Polski, wynoszącem w tym czasie 26.866.311 głów, jeden w ten sposób zarejestrowany chory przypadał na 1225 zdrowych mieszkańców kraju.

Dla pomieszczenia psychicznie chorych rozporządzaliśmy *10.216* miejscami w zakładach psychjatrycznych, rozmieszczonych prawie że wyłącznie w zachodnich częściach Rzeczypospolitej; zbrakło nam zatem miejsc dla pomieszczenia pozostałych *11.706* chorych. Ponieważ w rzeczywistości w zakładach pozostawało w dniu 1 stycznia 1925 r. tylko *9.707* chorych (a 509 miejsc było niewyzyskanych), mieliśmy poza zakładami *12.213* chorych, potrzebujących opieki zakładowej.

Rozpaczliwy obraz tego stanu rzeczy, skonstatowany przez ankietę urzędową, nasuwa z kolei pytanie, czy w zakresie tej liczby łóżek psychjatrycznych, którą posiadamy i która wystarcza nam na pomieszczenie zaledwie 46,6% wszystkich chorych zarejestrowanych, gospodarujemy racjonalnie.

Powstają ciekawe pytania, jaki jest ruch chorych w naszych zakładach, ilu chorych przybywa do nich w ciągu roku i ilu ich stamtąd ubywa, jakie postacie nozologiczne leczą się w zakładach, jakie wyniki lecznicze osiągamy w różnych postaciach psychoz, jaką jest umieralność śród psychicznie chorych.

Drugą serję pytań budzą sprawy liczbowego stosunku różnych kategoryj chorych pod względem ich mniejszego lub większego uspołecznienia: jaki jest procentowy stosunek chorych spokojnych do niespokojnych, półspokojnych, do niebezpiecznych dla otoczenia chorych kryminalnych. W związku z temi pytaniami wyłaniałyby się dalsze, które mogłyby wyświetlić sprawę ewentualnego odciążenia zakładów psychjatrycznych przez powołanie do życia zakładów i instytucji specjalnych, niewymagających nakładów tak znacznych, jak budowa zakładu psychjatrycznego w pełnym zakresie. Należałoby dowiedzieć się, ilu przebywa w zakładach narkomanów i epileptyków, nadających się do zakładów specjalnych, jaka liczba chorych nadawałaby się do opieki rodzinnej patronażowej, dla jakiej liczby chorych szczególnie niebezpiecznych o skłonnościach kryminalnych należałoby szukać pomieszczenia w przyszłych zakładach o typie pośrednim pomiędzy zakładem psychjatrycznym i więzieniem, jaką mamy liczbę dzieci w wieku do lat 15, które możnaby było ewentualnie rozlokować w zakładach specjalnych o typie zakładów pedagogiczno-leczniczych.

Bardzo pouczającemi mogłyby być dane, dotyczące przynależności rasowej i wyznaniowej naszych chorych, podziału ich według wieku, płci, stopnia wykształcenia, zajęć zawodowych, co do czasu pobytu w zakładzie, co do śmiertelności i przyczyn zgonów. Dla zorjentowania się w całokształcie naszej gospodarki psychjatrycznej należałoby pozyskać dane, dotyczące liczby lekarzy z podziałem ich na samodzielnych ordynatorów i lekarzy pomocniczych, co do składu, przygotowania fachowego i stałości zawodowej naszego personelu pielęgniarskiego i wreszcie co do kosztów utrzymania zakładów.

Wszystkie te dane powinnyby zawierać doroczne sprawozdania z działalności każdego zakładu. Dotychczes przecież nie wszystkie zakłady publikują swoje sprawozdania; te zaś, które są dostępne dla użytku publicznego, zestawiane są tak różnorodnie, że porów-

nanie ich między sobą staje się niemożliwem. Powinniśmy dążyć do ustalenia pewnego wzoru jednolitego dla sprawozdań zakładowych, któryby czynił możliwem takie porównanie.

Ustalenie takiego wzoru napotyka narazie na poważniejsze trudności. Największą stanowi brak ustalonej i powszechnie uznanej klasyfikacji chorób psychicznych. Dopóki jej nie wypracujemy, nie może być mowy o statystyce nozologicznej. Drugą trudność stanowi to, że zakłady nie podlegają administracyjnie jednej władzy i sposób prowadzenia księgowości zakładowej nie jest wszędzie jednakowy.

Pragnąc zapoczątkować sprawę obowiązkowego zestawienia sprawozdań zakładowych i ujednostajnienia tych sprawozdań, zwróciłem się do Departamentu Służby Zdrowia z propozycją rozesłania kwestjonarjusza, któryby narazie objął najłatwiejsze pytania z zakresu działalności zakładów w r. 1926 i pozwolił nam choćby w najgrubszych zarysach zorjentować się w tem, co się dzieje w naszej gospodarce psychjatrycznej.

Kwestjonarjusz został zredagowany w ten sposób, żeby pytania nie budziły wątpliwości i żeby odpowiedzi na nie wypadały w cyfrach dających się zestawić i porównywać między sobą.

Tekst kwestjonarjusza był następujący:

Kwestjonarjusz.

1. Nazwa Zakładu wzgl. Szpitala ....

....

2. Do kogo należy zakład ....

....

3. Liczba miejsc etatowych dla chorych psychicznie: . . . . . . mężczyzn...... kob....... razem......
4. Liczba chor. psych. pozostających w zakładzie względnie na oddziale psychjatrycznym w dn. 1. I. 1926 r. " ...... " ...... " ......
5. Liczba chor. psych., przyjętych do zakładu w ciągu r. 1926 . . . " ...... " ...... " ......
6. Liczba chor. psych., którzy opuścili Zakład w ciągu r. 1926 . . " ...... " ...... " ......
7. Liczba chor. psych., którzy zmarli w Zakł. w ciągu r. 1926 . . . " ...... " ...... " ......
8. Ogólna liczba dni Zakładowych,

spędzonych przez chorych psych. w zakładzie wzgl. na oddziale w ciągu roku 1926 . . . . . . mężczyzn...... kob....... razem......

9. Liczba chor. psych., pozostających w Zakładzie wzgl. na oddziale psychjatrycznym na dzień 1 — I 1927 r. . . . . „ ...... „ ...... „ ......

10. Ilu chorych w liczbie pozostających w Zakładzie na dzień 1—I-1927 r. było w wieku dziecięcym do lat 15 . . . . „ ...... „ ...... „ ......

11. Ilu chorych psychicznie, pozostających w Zakładzie na dzień 1—I 1927 r. nadawało się:

a) do Zakładu dla alkoholików i narkomanów . . . . . „ ...... „ ...... „ ......

b) do kolonji otwatej dla chorych spokojnych, wzgl. do opieki rodzinnej w postaci patronażu „ ...... „ ...... „ ......

c) do Zakładu dla chorych psych., szczególnie niebezpiecznych dla otoczenia ze względu na ich skłonności kryminalne . . . . „ ...... „ ...... „ ......

d) do Zakładu dla epileptyków „ ...... „ ...... „ ......

12. Liczba lekarzy, zatrudnionych przy chorych psychicznie (łącznie z dyrektorem, o ile jest to Zakład specjalny) . . . . „ ...... „ ...... „ ......

13. Liczba osób personelu t. zw. średniego (felczerów, dozorczyń, pielęgniarek wykwalifikowanych etc.) zatrudnionych przy chorych psychicznie . . . . „ ...... „ ...... „ ......

14. Liczba osób niższego personelu zakładowego (pielęgniarzy i pielęgniarek bez szczególnych kwalifikacji, posługaczy i posługaczek, praktykantów pielęgniarskich etc.) zatrudnionych bezpośrednio przy chorych psych. na oddziałach . . „ ...... „ ...... „ ......

Uwaga: Personelu zatrudnionego w innych działach gospodarki zakładowej lub szpitalnej, jako to personelu kuchennego, folwarcznego, administracyjnego, maszynistów, rzemieślników etc. nie należy włączać do tej liczby.

15. Wykaz imienny sił lekarskich, zatrudnionych przy chorych psychicznie, z oznaczeniem stanowiska, jakie zajmują w zakładzie: (Dyrektor, lekarz naczelny prymarjursz, starszy ordynator, ordynator, sekundarjusz, asystent, lekarz pomocniczy, praktykant lekarski, prosektor)

1. .... 6. ....
2. .... 7. ....
3. .... 8. ....
4. .... 9. ....
5. .... 10. ....

16. Dochody zakładu, faktycznie osiągnięte w roku 1925 mianowicie:
   a) dotacje z funduszów państwowych, samorządowych lub społecznych (z podaniem źródła dotacji) . . . . zł.......... gr.......
   b) opłaty za utrzymanie chorych . . . . . . zł.......... gr.......
   c) dochody z majątku i gospodarstwa własnego zł.......... gr.......
   d) wszystkie pozostałe dochody . . . . „ .... „ ....

Ogólna suma dochodów zł.......... gr.......

16. Wydatki zakładu, uskutecznione w roku 1926, podzielone w sposób następujący:
   a) wszelkie wydatki osobowe, jako to: pobory personelu, remuneracje, opłaty do kas chorych, wartość wiktu i innych świadczeń w naturze, o ile wartość ich nie jest potrącana z uposażenia w gotowiźnie . . . . zł.......... gr.......
   b) żywienie chorych . . . . „ .... „ ....
   c) wydatki na pomieszczenie (komorne, opał, światło, woda, utrzymanie czystości i porządku, konserwacja budynków i urządzeń technicznych i t. d. . . . . „ .... „ ....
   d) zakup i konserwacja bielizny, pościeli, obuwia, odzieży, sprzętów, mebli, pranie i t. p. „ .... „ ....
   e) leki, wydatki sanitarne, narzędzia chirurgicz-

ne, utrzymanie pracowni i bibljotek lekarskich i t. d. . . . . zł. .... gr. ......

f) wydatki administracyjne: materjały pisemne, druki, porta, książki, pisma, podróże służbowe, środki lokomocji i t. d. . . . . „ .... „ ......

g) wydatki na gospodarkę: utrzymanie folwarków, ogrodów i t. p. . . . . „ .... „ ......

h) wydatki inwestycyjne: nowe budowle, nowe urządzenia techniczne i t. p. . . . . „ .... „ ......

i) wszystkie pozostałe wydatki, dotyczące kosztów utrzymania zakładu i chorych . . . . . „ .... „ ......

Ogólna suma wydatków . „ .... „ ......

W zakładach, które nie będą miały możności ścisłego wyodrębnienia wydatków, związanych wyłącznie z utrzymaniem chorych psychicznie, należy podać ogólne sumy wydatków i dochodów, podzielone jak wskazano wyżej, z podaniem ogólnej liczby dni zakładowych wszelkich kategorji chorych.

Faktyczny koszt dzienny utrzymania jednego chorego w roku 1926-ym:

personel . . . . . . zł. .... gr. ....
żywienie . . . . . „ .... „ ....
pozostałe wydatki . . „ .... „ ....

Miejscowość ....

Data .... **Podpis:**

Kwestjonarjusz został rozesłany do władz, sprawujących nadzór nad zakładami, w styczniu 1927 r., odpowiedzi napływały powoli do czerwca 1927 r.

Odpowiedzi nadesłały 42 instytucje, mieszczące psychicznie chorych, które szeregujemy tu kolejno według zadeklarowanej liczby miejsc etatowych:

Zakłady psychjatryczne, oddziały psychjatryczne w szpitalach ogólnych i kliniki.

I	Kocborowo	z 1340 miejsc
II	Kulparków	„ 1111 „
III	Dziekanka	„ 1000 „
IV	Rybnik	„ 969 „
V	Owińska	„ 830 „

VI	Lubliniec.	z 800	miejsc
VII	Świecie	„ 800	„
VIII	Tworki	„ 680	„
IX	Kobierzyn	„ 550	„
X	Szpital św. Jana Bożego w Warszawie. .	„ 370	„
XI	Kościan	„ 350	„
XII	Drewnica	„ 300	„
XIII	Kochanówka	„ 230	„
XIV	Przytułek w Górze Kalwarji	„ 175	„
XV	Zofjówka.	„ 165	„
XVI	Warta.	„ 150	„
XVII	Szpital Starozakonnych na Czystem. . .	„ 140	„
XVIII	Zakład Państwowy na Antokolu w Wilnie	„ 120	„
XIX	Szpital św. Jakóba w Wilnie	„ 100	„
XX	Szpital św. Łazarza w Krakowie	„ 60	„
XXI	Szpital św. Wincentego w Lublinie . . .	„ 50	„
XXII	Szpital św. Jana Bożego w Lublinie. . .	„ 40	„
XXIII	Szpitał Żydowski w Wilnie	„ 55	„
XXIV	Schronisko Żydowskie w Łodzi	„ 55	„
XXV	Klinika Uniw. Jag. w Krakowie	„ 50	„
XXVI	Szpital Powszechny we Lwowie	„ 29	„
XXVII	Szpital Miejski w Grodnie	„ 25	„
XXVIII	Klinika Uniwersytecka w Poznaniu . . .	„ 26	„
XXIX	Szpital w Białymstoku.	„ 23	„
XXX	Szpital Św. Trójcy w Płocku	„ 10	„
XXXI	Szpital Powiatowy w Miechowie	„ 10	„
	Szpitale Wojskowe.		
XXXII	Szpital Ofic. Szkoły Sanit. w Warszawie .	„ 70	„
XXXIII	Oddział w Pustelniku	„ 60	„
XXXIV	Szpital Wojskowy w Krakowie.	„ 32	„
XXXV	„ „ w Wilnie	„ 25	„
XXXVI	„ „ w Poznaniu	„ 25	„
XXXVII	„ " w Przemyślu	„ 15	„
	Zakłady prywatne.		
XXXVIII	Dr. Steffena w Pruszkowie	„ 24	„
XXXIX	Dr. Pręgowskiego w Warszawie	„ 24	„
XL	Dr. Świątkowskiego we Lwowie	„ 16	„
XLI	Zielińskiego w Warszawie.	„ 15	„
XLII	Dr. Goldberga w Pruszkowie	„ 10	„

Ogółem w 42 instytucjach powyższych zadeklarowono 10.929

miejsc etatowych. Dla każdego, kto zna faktyczny stan rzeczy, jasne jest, że zadeklarowane liczby miejsc etatowych podane są zbyt wvsoko. Większość zakładów, odpowiadających na kwestjonarjusz, oceniała swą pojemność etatową według maksymalnej swej pojemności z pominięciem norm hygienicznych kubatury powietrza i kwadratury podłogi w pomieszczeniach dla chorych. Licząc zgruba, na oko, sądzę, że zadeklarowaną liczbę miejsc etatowych należałoby zmniejszyć o 25% conajmniej i ustalić, ze pojemność naszych zakładów psychjatrycznych określa się cyfrą 8.280 miejsc.

Wszystkie instytucje, zajmujące się przyjmowaniem psychicznie chorych, pozwalam sobie ze względu na charakter ich zakresu działania i stanowisko prawne podzielić na następujace grupy:

Zakłady psychjatryczne publiczne.

Grupa *A.* — utrzymywane i administrowane przez Państwo,
" *B.*—utrzymywane i administrowane przez organy administracji samorządowej,
C. — utrzymywane i administrowane przez organizacje społeczne o charakterze dobroczynnym.

Oddziały psychjatryczne przy szpitalach ogólnych.

Grupa *D.* — większe oddziały, posiadające stałą opiekę psychjatryczną w osobach własnych ordynatorów i jaką-taką organizację,
" *E.*—odziały mniejsze, bez należytej opieki lekarskiej i stałej organizacji pielęgniarskiej,
F.—oddziały psychjatryczne przy szpitalach wojskowych,

Zakłady prywatne i kliniki.

Grupa *G.*—zakłady psychjatryczne prywatne,
" *H.*—uniwersytećkie kilniki psychjatryczne.

Do grupy *A.* zaliczamy 4 zakłady: Tworki, Antokol, Kulparków i Kobierzyn.

Do grupy *B.* zaliczamy 11 instytucji: 1) Lubliniec, 2) Rybnik, 3) Kocborowo, 4) Świecie, 5) Kościan, 6) Owińska, 7) Dziekanka, 8) Warta, 9) Szpital św. Jana Bożego w Warszawie, 10) Starozakonnych na Czystem i 11) Przytułek w Górze Kalwarji (Dwie ostatnie instytucje, jakkolwiek nie stanowiące samodzielnych zakładów zbliżają się do typu zakładu ze względu na znaczniejszą liczbę chorych i posiadaną organizację administracyjną).

Do grupy *C.* zaliczamy 3 zakłady: Kochanówka, Drewnica i Zofjówka.

Do grupy *D.* zaliczamy 4 oddziały: przy Szpitalu św. Łazarza

w Krakowie, św. Jana Bożego i św. Wincentego w Lublinie oraz św. Jakóba w Wilnie.

Do grupy *E.* zaliczamy 7 oddziałów: w Miechowie, Łodzi, Białymstoku, Grodnie, Płocku, w Szpitalu Żydowskim w Wilnie i Szpitalu Powszechnym we Lwowie.

Do grupy *F.* zaliczamy 6 oddziałów w szpitalach wojskowych: w Warszawie, Pustelniku, Poznaniu, Wilnie, Krakowie i Przemyślu.

Do grupy *G.* należy 5 zakładów prywatnych.

Wreszcie do grupy *H.* należeć będą samodzielnie administrowane kliniki: w Poznaniu i Krakowie.

Rozdział powyższy kryje w sobie pewne źródła błędów, których nie dało się uniknąć. Zaliczony do grupy A. Zakład na Antokolu w Wilnie należy do tej grupy, jako zakład podległy administracyjnie Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, pełni przecież funkcje kliniki uniwersyteckiej.

W podziale naszym chowa się całkowicie Klinika Uniwersytetu Warszawskiego, która nie stanowi oddzielnej instytucji i administracyjnie jest tylko oddziałem Szpitala św. Jana Bożego. Zakład w Warcie nie jest zakładem samorządowym sensu stricto, gdyż zarządza nim nie samorząd terytorjalny, lecz specjalne kuratorjum pod przewodnictwem starosty sieradzkiego. Zakład w Górze Kalwarji nie jest zakładem psychjatrycznym sensu stricto, ponieważ oprócz psychicznie chorych mieszczą się w nim także nieuleczalni cieleśnie chorzy. Nie jest także zakładem psychjatrycznym sensu stricto oddział psychjatryczny Szpitala na Czystem w Warszawie.

Także i w grupie oddziałów psychjatrycznych bez stałych ordynatorów (grupa E.) mieszczą się instytucje, które podpadaja niezupełnie ściśle pod ten nagłówek, jak np. oddział Szpitala Powszechnego we Lwowie, oddział Szpitała Żydowskiego w Wilnie, takiż oddział w Białymstoku. Instytucje te pozostają wprawdzie w chwili obecnej pod opieką psychjatrów, ale lekarze ci nie poświęceni im wyłącznie, mają pod swą opieką także chorych innych kategoryj i następcy ich mogą być lekarzami innych specjalności. Grupa klinik uniwersyteckich obejmuje tylko Klinikę Krakowską i Poznańską, ponieważ tylko te dwie kliniki stanowią jednostki administracyjnie wyodrębnione.

Pomimo tych błędów, podział nasz daje pewien obraz tych typów instytucyj psychjatrycznych, z jakiemi mamy obecnie do czynienia na zieniach polskich i może posłużyć jako wytyczna dla przyszłej polityki administracyjnej w zakresie opieki nad psychicznie chorymi.

Przy racjonalnej organizacji opieki psychjatrycznej w kraju pewne oddziały szpitali ogólnych mogłyby pełnić funkcje stacji zdawczych dla większych ośrodków miejskich, pewne zakłady mogłyby odegrać rolę kolonji, inne wreszcie podlegałyby bez istotnego uszczerbku dla sprawy całkowitej likwidacji.

Tablica I daje nam obraz rozmieszczenia zakładów opieki nad psychicznie chorymi w województwach i w wojsku z równoczesnem oznaczeniem stosunku liczby ich miejsc etatowych do zaludnienia województw i ludności wojskowej.

W rachunku ogólnym dla całego Państwa rozporządzaliśmy w d. 1. I 1927 liczbą 10.929 miejsc etatowych przy 27.192.674 ludności czyli przeciętnie posiadaliśmy 1 łóżko psychjatryczne na 2488 głów ludności.

Rozmieszczenie zakładów było przecież nadzwyczaj nierównomierne.

Obok Województwa Pomorskiego, rozporządzającego 1 łóżkiem na 439 mieszkańców (bez Zakładu w Wejherowie), obok Śląska, na którym 1 łóżko przypada na 639,2 mieszkańców, i Wielkopolski z 1 łóżkiem na 894,8 mieszkańców, mamy aż 5 województw, nieposiadających ani jednego łóżka, i Województwo Kieleckie z 1 łóżkiem na 253.573 mieszkańców.

Jeżelibyśmy chcieli za normę zaopatrzenia okręgów administracyjnych Państwa przyjąć narazie 1 łóżko na 1000 mieszkańców, to tylko 3 województwa byłego zaboru pruskiego stałyby na poziomie tej normy. Okoliczność ta posiada niezmiernie doniosłe znaczenie ze względu na potrzebę uwzględnienia w naszym programie opieki nad psychicznie chorymi postulatu opieki pozazakładowej, która tak żywo rozwija się w ostatnich czasach w Ameryce i państwach Europy zachodniej.

Myślę tu o opiece rodzinnej i o t. zw. „służbie zewnętrznej" zakładów, ogarniających opieką psychjatryczną pewne zamknięte terytorja jak np. okręg Zakładu w Erlangen, obejmujący pewną część Bawarji, Zakładu Maasoord, rozciągajęcego przy pomocy swojej „służby zewnętrznej" opiekę nad całą ludnością Rotterdamu, i wiele innych analogicznych prób w Szwajcarji, Francji, Niemczech, Holandji i Szwecji. Ten rodzaj opieki nad psychicznie chorymi, zbliżający pracę psychjatry do współczesnych postulatów opieki społecznej, do zagadnień praktycznych higieny psychicznej, profilaktyki psychjatrycznej i eugeniki, łączy w sobie duże zalety natury zarówno leczniczej, jak i ekonomicznej zarazem. Jest on przecież do pomyślenia tylko na terytorjach, posiadających choćby minimalny ośrodek opieki zakładowej.

Rozwojowi planowej opieki psychjatrycznej pozazakładowej w naszych województwach zachodnich może dziś stanąć na przeszkodzie obecność w tych zakładach znacznej liczby chorych, pochodzących z innych terytorjów.

Mamy tu do czynienia z błędnem kołem: opieka pozazakładowa zmniejszyłaby potrzebę miejsc zakładowych, rozwój jej odbija się o brak tego minimum zakładów, które byłyby niezbędne dla jej organizacji. W programie naszej opieki nad psychicznie chorymi musi zatem pozostać na pierwszem miejscu dążenie, aby każde województwo pozyskało w najbliższej przyszłości choćby po jednym zakładzie własnym. Dopiero po powstaniu takiej sieci zakładów wojewódzkich możnaby było myśleć o planowem organizowaniu dalszych, ekonomiczniejszych form opieki nad psychicznie chorymi.

Przy najpomyślniejszych przecież konjunkturach realizacja tego zadania wymaga dobrych kilku (bodajby mniej niż 10-u) lat.

Tab. II daje nam obraz graficzny ustosunkowania liczby miejsc zakładowych do zaludnienia poszczególnych województw i liczebności wojska, wyrażonych w całych tysiącach liczby ludności. Koło wewnętrzne oznacza ogólną liczbę miejsc w stosunku do 1000 mieszkańców, poszczególne zaś sektory koła liczbę ludności w województwach. Dopiero wtedy, gdy koło wewnętrzne rozrosłoby się do granic obwodu koła zewnętrznego, posiadalibyśmy w Polsce 1 miejsce na 1000 mieszkańców. Sektory zakreślone odpowiadają liczbie miejsc zakładowych.

Tab. III daje nam obraz ruchu chorych z równoczesnem oznaczeniem liczby miejsc etatowych w poszczególnych grupach zakładów w cyfrach absolutnych.

Przy znacznem przecenianiu liczby miejsc etatowych, określonej cyfrą 10.929, pozostawało we wszystkich zakładach razem wziętych w dniu 1 stycznia 1926 r. 10.888 chorych, w ciągu roku przybyło do zakładów 9.608 chorych, ubyło zaś 9.284 chorych. W leczeniu w ciągu całego roku 1926 przebywałoby zatem 20.496 osób. Cyfta ta nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy z tego powodu, że pewna liczba chorych figuruje w rachunku conajmniej dwukrotnie; dotyczy to mianowicie chorych przenoszonych z jednego zakładu do drugiego, jak również tych pojedyńczych chorych, którzy w każdym zakładzie przybywali i ubywali w ciągu roku po dwa lub więcej razy.

Na dzień 1 stycznia 1927 r. we wszystkich zakładach Polski pozostawało 11.212 chorych. Osiągnęliśmy zatem pod koniec roku 1926 absolutną przewyżkę stanu chorych nad liczbę miejsc etato-

wych. Stan chorych, pomieszczonych we wszystkich zakładach Polski wzrósł w ciągu roku 1926-ego z 10.888 do 11.212, czyli o 324 chorych.

Tab. IV przedstawia stosunkową intensywność ruchu chorych w poszczególnych grupach zakładów. W ogólnej masie liczba chorych, przyjmowanych na kurację w ciągu roku wynosiła 88,24% stanu chorych w dn. 1. I 1926 r. Najwyższym był ten odsetek w uniwersyteckich klinikach psychjatrycznych, w których dochodził aż do 848,33%, najniższym w grupie zakładów samorządowych, gdzie nie przewyższał 54,35%.

Odpływ chorych z zakładów wyrażał się w ogólnej masie liczbą 9284, która stanowiła 45,29% ogólnej liczby osób leczonych. Najwyższym był odpływ w klinikach (88,22% leczonych), najniższym— w grupie zakładów samorządowych (32,10%).

Tablica wykazuje nam także liczbę dni zakładowych spędzonych przez chorych w zakładach poszczególnych grup i we wszystkich zakładach w Państwie. Z ogólnej liczby dni zakładowych, wynoszącej za rok 1926—4.152.428, obliczamy, że na jednego chorego leczonego przypada przeciętnie 202,6 dni spędzonych w Zakładzie w ciągu roku, na jeden zaś dzień kalendarzowy—przeciętnie 11.102,5 chorych, przebywających w zakładach psychjatrycznych. Najdłuższy czas pobytu chorych przypada na zakłady samorządowe, najkrótszy na kliniki uniwersyteckie.

Przeciętna liczba dzienna w ogólnej masie jest nieco mniejsza od stanu chorych w d. 1. I 1927, przewyższa jednak noworoczny stan chorych w grupie zakładów państwowych, samorządowych i w grupie małych oddziałów szpitali ogólnych.

Tab. V daje możność zorjentowania się w stosunkowej intensywności ruchu chorych w poszczególnych grupach zakładów przy dorównaniu liczby ich miejsc etatowych do 100. Najintensywniejszy ruch chorych wykazały kliniki uniwersyteckie, drugie miejsce zajmują małe oddziały szpitali ogólnych, trzecie z kolei — zakłady prywatne, dalej idą oddziały szpitali wojskowych. Na ostatniem miejscu co do intensywności ruchu chorych stoi grupa wielkich zakładów samorządowych.

Tab. VI obrazuje graficznie te samą stosunkową intensywnosć ruchu chorych w poszczególnych grupach zakładów psychjatrycznych w odsetkach ich miejsc etatowych.

Tab. VII dotyczy umieralności psychicznie chorych w zakładach. We wszystkich zakładach psychjatrycznych zmarło w ciągu 1926 roku 1237 osób. W stosunku do ogólnej liczby osób leczonych

w tym czasie wynosi to przeciętnie 6,04%. Najniższym był odsetek umieralności w zakładach wojskowych w których wynosił zaledwie 1,01%; najwyższym w grupie zakładów społecznych, w których dochodził do 8,16%. Jeśli pominąć zakłady wojskowe, w których śmiertelność była wyjątkowo mała, skala rozpiętości wahań odsetka śmiertelności obraca się zatem w granicach stosunkowo bardzo niewielkich. Odsetek śmiertelności chorych w zakładach utrzymał się ogólnie biorąc—na poziomie średnich cyfr przedwojennych i świadczy o tem, że pod względem sanitarnym i aprowizacyjnym zakłady nasze zdołały wydobyć się już z tych stosunków rozpaczliwych, jakie stworzyła wojna. Musimy sobie uprzytomnić, że przed 7-u laty odsetek śmiertelności dochodził w niektórych zakładach do 20%, a nawet niekiedy przekraczał tę liczbę.

Punkty 10 i 11 kwestjonarjusza dotyczyły liczby chorych, którzy mogliby nadawać się do ewentualnego umieszczenia w instytucjach specjalnych. Dane dotyczące tej sprawy w poszczególnych grupach zakładów, przedstawia nam *Tablica VIII.* Wynika z nich, że dzieci do lat 15-u leczyło się w naszych zakładach w dn. 1. I 1927—257, narkomanów—181, epileptyków — 659, chorych spokojnych, nadających się do kolonji otwartej lub opieki rodzinnej—1497 kryminalnych zaś chorych, szczególnie niebezpiecznych dla otoczenia zarejestrowano aż 918. Cyfry, osiągnięte z odpowiedzi na kwestjonarjuszu, budzą pewne wątpliwości, zwłaszcza co do chorych kryminalnych, do których, jak się zdaje. niektóre zakłady zaliczały wszystkich chorych dokuczliwych i niespokojnych. Trudno przypuścić, żeby aż 16 niebezpiecznych dla otoczenia chorych kryminalnych przebywało w klinikach, aż 4 w zakładach prywatnych, aż 37 w małych oddziałach szpitali ogólnych.

Tab. VIII daje nam w każdym razie szereg cennych wskazówek. Zorganizowanie opieki rodzinnej dałoby nam bądź co bądź do $1^1/_2$ tysiąca miejsc opróżnionych w zakładach, powołanie do życia kilku zakładów leczniczych dla narkomanów i dzieci dałoby możność przeniesienia do tych zakładów łącznej liczby około 500 chorych, zabierających miejsce w przepełnionych zakładach psychjatrycznych. Za dojrzałą rzecz należy uważać też sprawę utworzenia kilku oddziałów psychjatrycznych przy więzieniach, dokąd możnaby było skierować pewną część psychopatów kryminalnych, których obecność w zakładzie psychjatrycznym ogólnym odbija się bardzo niekorzystnie na całokształtcie życia zakładowego i metodach regulaminowych.

Tab. IX daje nam obraz liczebności personelu lekarskiego, za-

trudnionego w zakładach i instytucjach psychjatrycznych. Ogółem mieliśmy w dniu 1. I 1927—138 lekarzy dyplomowanych, poświęcających się służbie psychjatrycznej, oraz 10 medyków, nieposiadających jeszcze dyplomów lekarskich.

W liczbie 138 lekarzy psychjatrów mieści się 4 profesorów psychjatrji i 16 lekarzy klinicznych. Pozostała liczba 118 obejmuje: 23 dyrektorów, względnie lekarzy naczelnych i kierowników instytucji psychjatrycznych, 45 ordynatorów samodzielnych, 38 lekarzy pomocniczych oraz 12 lekarzy ordynujących w zakładach o charakterze mieszanym (szpitale ogólne, przytułki). Psychjatrów sensu strictissimo, poświęcających się tej specjalności mniej lub więcej wyłącznie, mieliśmy zatem w całem Państwie nie więcej niż 126, psychjatrów zaś posiadających już pewne doświadczenie i przygotowanych do stanowisk samodzielnych w szpitalach mieliśmy, po odliczeniu sił uniwersyteckich, nie więcej, niż 70.

Przy tak szczupłym zasobie sił wykwalifikowanych, kiedy jeden specjalista przypada nieomal na $^1/_2$ miljona ludności kraju, trudno wyobrazić sobie jakąkolwiek najskromniejszą próbę racjonalnej organizacji opieki nad psychicznie chorymi.

Tablica IX daje nam obraz rozmieszczenia sił lekarskich zakładowych, należących do poszczególnych grup z oznaczeniem liczby chorych, przypadających na 1 lekarza w ciągu roku, w dniu 1. I 1927 i w przeciętnym dniu kalendarzowym. Najmniej korzystne warunki pracy lekarskiej dają zakłady państwowe, później idą zakłady społeczne i samorządowe. Najkorzystniejsze warunki pracy spotykamy w klinikach uniwersyteckich i oddziałach psychjatrycznych szpitali wojskowych.

Przy równomiernym podziale wszystkich lekarzy, zajmujących się psychjatrją, przypadałoby na 1 lekarza przeciętnie 81,3 chorych, leczących się w zakładach psychjatrycznych w dn. 1. I 1927 r.

Jeżeli z wykazu zakładów odliczymy kliniki, zakłady wojskowe i prywatne oraz oddziały psychjatryczne przy szpitalach ogólnych, to w pozostałych 3-ch grupach zakładów, obejmujących zakłady państwowe, społeczne i samorządowe, czyli większe instytucje psychjatryczne, pozostanie 87 lekarzy na 10.460 chorych, czyli 1 lekarz zakładu przypadnie przeciętnie na 120 chorych zakładowych, po odliczeniu zaś dyrektorów tych zakładów, którzy w rzeczywistości pracą na oddziałach zajmować się nie mogą, otrzymamy w grupie większych zakładów psychjatrycznych 72 lekarzy na 10.460 chorych, czyli przeciętnie 1 lekarza zakładowego na 145 chorych.

Tab. X i *XI* ilustrują graficznie stosunek liczby chorych do

liczby lekarzy i odwrotnie, przy założeniu, że przeciętnie 1 lekarz powinien przypadać na 100 chorych.

Ujawniający się w obu tych tablicach fakt stosunkowo znacznej liczebności lekarzy, zatrudnionych w klinikach uniwersyteckich, mógłby budzić nadzieję na to, że kadry psychjatrów zostaną zasilone przypływem nowych sił, wyszkolonych w klinikach. W rzeczywistości wszakże lekarze kliniczni nie ciągną do zakładów. Wielu z nich poświęca się potem neurologji, niektórzy odchodzą do innych odleglejszych specjalności i łączności pomiędzy klinikami i zakładami pod tym względem niema zupełnie.

Tab. XII i *XIII* obejmują dane, dotyczące liczebności personelu pielęgniarskiego naszych zakładów w dn. 1. I 1927 r. Dowiadujemy się, że we wszystkich zakładach psychjatrycznych Polski było w tym dniu zatrudnionych przy pielęgnowaniu psychicznie chorych 1919 osób, a mianowicie 904 mężczyzn i 1015 kobiet. Do kategorji personelu pielęgnierskiego „średniego", to znaczy posiadającego pewne kwalifikacje zawodowe zaliczono 193 mężczyzn i 204 kobiety, razem 397 osób.

Wynikałoby stąd, że personel względnie wyszkolony stanowi 21% ogólnej liczby personelu pielęgniarskiego, pozostałe 79% stanowi personel posługujący bez kwalifikacji.

W ogólnej masie 1 osoba personelu pielęgniarskiego przypadała na 5.8 chorych, leczonych w dniu 1. I 1927 r. Na jedną osobę personelu średniego przypadało 28,2 chorych. Stosunek liczbowy służby pielęgniarskiej jest mniej korzystny w zakładach większych (państwowych, samorządowych i społecznych), znacznie korzystniejszy w oddziałach szpitali wojskowych, w zakładach prywatnych i klinikach uniwersyteckich.

Cyfry zebrane wskazują na to, że mamy bądź co bądź dość liczną grupę, bo przekraczającą 1000 ludzi, poświęcających się pielęgnowaniu psychicznie chorych. Nie mamy danych, dotyczących jakościowej oceny tych ludzi pod względem ich przygotowania zawodowego, kultury i charakteru. Na zasadzie wrażeń ogólnych, na zasadzie tego, co się tu i owdzie o naszym personelu pielęgniarskim słyszy, twierdzić można, że pozostawia on bardzo wiele do życzenia. Materjał ludzki jest niewątpliwie bardzo dobry, brak mu jednak ociosania, a nadewszystko szkoły i fachowego przygotowania. Żyjemy w okresie, kiedy zarówno medycyna szpitalna, jak praktyczna higiena społeczna wysunęły na jedno z naczelnych miejsc sprawę należytego wyszkolenia wykonawców. Pielęgniarstwo stało się fachem, wymagającym specjalnej szkoły zawodowej. Cenzus wymagań

podnosi się. Potrzeba odpowiedniego wyszkolenia pielęgniarstwa psychjatrycznego doprowadziła już w niektórych krajach do ustalenia prawnych gwarancji fachowości ludzi, pragnących zajmować się pielęgnowaniem psychicznie chorych. Przy zakładach psychjatrycznych powołuje się do życia szkoły zawodowe i tylko dyplom z ukończenia takich szkół uprawnia do zajmowania się pielęgnowaniem chorych. W niektórych krajach (Holandja) specjalny urząd państwowy wydaje i rejestruje dyplomy pielęgniarek psychjatrycznych i czuwa nad programami ich wyszkolenia zawodowego.

Sadzę, że nadszedł czas, żeby i u nas o tem pomyśleć. Należycie przygotowana, inteligentna i zawodowo wyszkolona pielęgniarka psychjatryczna mogłaby w dużej mierze przyczynić się nietylko do podniesienia poziomu naszego lecznictwa zakładowego, ale też i do rozwoju tej opieki pozazakładowej, której nie będziemy w stanie ruszyć z miejsca przy braku lekarzy, poświęcających się psychjatrji i braku fachowych sił wykonawczych. Sprawę winna ująć w ręce władza centralna, a tu i owdzie zapoczątkowane kursy wyszkolenia personelu pielęgniarskiego powinny wejść w ramy obowiązujących funkcji każdego zakładu psychjatrycznego.

Przechodzimy do bilansów rachunkowych naszych instytucji psychjatrycznych. Sprawozdania rachunkowe za rok 1926 nadesłała większość zakładów, nie nadesłały ich tylko niektóre zakłady prywatne oraz te mniejsze zakłady, które rachunkowości ściślejszej nie prowadzą.

Bilanse zakładów nie dadzą się przecież mechanicznie zestawiać. Z ogólnej liczby 42 naszych instytucji psychjatrycznych, musimy przedewszystkiem wyeliminować zakłady prywatne, oddziały szpitali wojskowych i kliniki uniwersyteckie, ponieważ dochody i wydatki tych instytucji noszą charakter szczególny i nie dadzą się porównywać z dochodami i wydatkami zakładów opieki nad psychicznie chorymi w znaczeniu ściślejszem.

W drugim rzędzie wyeliminować musimy także i oddziały psychjatryczne przy szpitalach i przytułkach ogólnych, ponieważ oddziały te nie prowadzą własnego gospodarstwa i koszty ich utrzymania zlewają się z ogólnemi kosztami utrzymania tych instytucji, w których oddziały psychjatryczne stanowią tylko większą lub mniejszą cząstkę.

Pozostanie nam przecież grupa większych zakładów psychjatrycznych publicznych, stanowiących samodzielne jednostki gospodarcze i gospodarujących w warunkach dających się porównać.

Grupa ta obejmuje 3 zakłady państwowe, 9 zakładów samorządowych i 3 zakłady społeczne, reprezentujące w łącznej masie 3.707.395 dni zakładowych, to jest prawie że 90% ogólnej liczby dni zakładowych wszystkich instytucji psychjatrycznych.

W załączonej *Tab. XIV* znajdziemy zestawienie dochodów i wydatków tych 15 zakładów z podziałem ich na te pozycje poszczególne, które dadzą się wyodrębnić w rachunkowości każdego zakładu.

Z zestawienia tego widzimy, że w dochodach 15 większych zakładów:

dotacje stanowiły sumę	3.396.476	zł.	75 gr.
opłaty kosztów leczenia	9.239,372	„	06 „
dochody z własnego majątku i gospodarstwa zakładów	995.548	„	71 „
pozostałe dochody	1.177.285	„	38 „
razem	14.808.682	„	90 „

W rozchodach spotykamy następujące pozycje:

wydatki, dotyczące bezpośrednio utrzymania chorych	12.489.835	„	43 „
wydatki, związane z prowadzeniem gospodarstw dochodowych	551.008	„	85 „
wydatki inwestycyjne	641.673	„	41 „
razem	13.682.517	„	69 „

Pozycja dotacji obejmuje dotacje ze skarbu Państwa 2.508.812 zł 75 gr, oraz dotacje ze strony związków samorządowych 887.664 zł. Ogółem dotacje stanowią około 23% ogólnej sumy dochodów. Opłaty kosztów leczenia stanowiły w bilansach zakładów około 62,4% ich dochodów. Dochody z własnych majątków—około 6,6%. Pozostałe dochody—około 4,8%.

Tab. XV daje nam dokładniejszy obraz tych wydatków, które są związane z właściwem przeznaczeniem zakładu psychjatrycznego, a mianowicie wydatków połączonych z uposażeniem personelu, wydatków na wyżywienie chorych, na utrzymanie pomieszczeń i urządzeń, na zakup i konserwację inwentarza ruchomego, wydatków t. zw. sanitarnych i ogólno administracyjnych. W tablicy XV uwidoczniony też został w końcu przeciętny koszt dnia zakładowego w każdym zakładzie oddzielnie. Najtańszym był zakład „Zofjówka" pod Otwockiem, w którym przeciętny koszt dnia wyniósł 243,1 gr; najdroższym Szpital Św. Jana Bożego w Warszawie, w którym przeciętny koszt dzienny doszedł do 571,6 gr. Przeciętny dzienny koszt utrzymania chorego w pozostałych zakładach nie daje podstaw

do wnioskowania, żeby zakłady większe były tańsze od mniejszych lub odwrotnie. Niski przeciętny koszt utrzymania chorego spotykamy w zakładach zarówno b. dużych (Kulparków), jak i b. małych (Warta). Przeciętny koszt jednego dnia zakładowego został rozbity na koszt uposażenia personelu, koszt żywienia i koszt reszty wydatków zakładowych. Przeciętna dla wszystkich 15 zakładów wyniosła:

a)	koszt personelu	133,8, gr.	czyli około	39, 7%
b)	„ wyżywienia	106,1, „	„ „	31, 5%
c)	pozostałe wydatki	96,9, „	„ „	28, 8%
	razem	336,8.		

Tab. XVI daje nam niezmiernie ciekawe porównanie przeciętnego kosztu dnia zakładowego w zakładach psychjatrycznych, gospodarujących samodzielnie, w oddziałach psychjatrycznych szpitali ogólnych, w oddziałach szpitali wojskowych, w zakładach prywatnych i w klinikach. Cyfry zostały wyprowadzone jako przeciętne z cyfr, podanych w nadesłanych odpowiedziach na kwestjonarjusz. Interesującą jest ta tablica dlatego, że uwidacznia ona w sposób jaskrawy, że zakłady psychjatryczne, wyłącznie opiece nad psychicznie chorymi poświęcone, są znacznie tańsze w eksploatacji od oddziałów psychjatrycznych, przyczepionych do gospodarstw innych instytucji leczniczych. Jeżeli uprzytomnimy sobie, jak ubogo wygląda byt psychicznie chorego, ulokowanego w małym oddziale szpitala ogólnego w porównaniu z bytem chorego, przebywającego na kuracji w zakładzie psychjatrycznym, porównanie kosztu dnia zakładowego w obu tych instytucjach stanie się bardzo wymownym argumentem przeciwko kołaczącym się tu i owdzie projektom zakładania małych przytułków, przyczepionych do innych instytucji. Na zasadzie cyfr, zawartych w tablicy XVI mamy możność obliczyć w przybliżeniu, że w roku 1926 opieka nad psychicznie chorymi, korzystającymi z usług zakładów psychjatrycznych wszelkich typów w całem Państwie kosztowała nas ogółem 14.764.837 złotych 28 gr. Koszt utrzymania psychicznie chorych obciążył zatem głowę ludności Państwa przeciętnie kwotą 54,6 groszy w ciągu całego roku. Pozycja ta nie obejmuje inwestycji w zakładach, które obiążały głowę ludności dodatkową kwotą około 2,4 grosza.

Wnioski.

1. Celem zaspokojenia najpilniejszych potrzeb ludności w zakresie opieki nad psychicznie chorymi należy dążyć niezłomnie

i z jaknajwiększym pośpiechem do tego, żeby każde z województw, nieposiadających dotychczas większej instytucji psychjatrycznej, przystąpiło do budowy własnego zakładu. Wszelkie dalsze plany organizacji opieki nad psychicznie chorymi zależą od realizacji tego zasadniczego i niezmiernie pilnego postulatu.

2. Podawana w sprawozdaniach zakładów psychjatrycznych etatowa liczba miejsc nie odpowiada normom higieny szpitalnej. Należy ustalić dokładnie pojemność etatową istniejących zakładów i instytucji psychjatrycznych z zastosowaniem jednolitych norm, wskazanych przez higienę.

Licząc się z warunkami naszego ubóstwa, wypadałoby zgodzić się na to, żeby za normę kubatury powietrza dla jednego chorego ustalić 30 m^3. Przy przeciętnej wysokości sal zakładowych, wynoszącej około 3,60 m, normę kwadratury podłogi na 1 chorego należałoby określić cyfrą 8,5 m^2, z czego na sale sypialne powinno wypaść $^2/_3$, t. j. około 5,7 m^2, na sale dziennego pobytu chorych $^1/_3$, t. j. około 2,8 m^2.

Korytarze, dające się zutylizować w charakterze sal dziennego pobytu chorych, mogą być brane w rachubę tylko wtedy, jeśli szerokość ich przekracza 2 m.

3. Należy zobowiązać wszystkie istniejące zakłady psychjatryczne do przedstawiania szczegółowych rocznych sprawozdań z ich działalności w terminie do dnia 1 maja każdego roku. Celem uzyskania z tego źródła jednolitego materjału statystycznego, należy opracować wzór sprawozdania, możliwie prosty, przejrzysty i łatwy do wypełnienia. Oprócz zwykłych dat, dotyczących ruchu chorych, wyniku ich leczenia, składu personelu i rachunkowości gospodarczej, należałoby do wzorowego formularza sprawozdań wprowadzić też statystykę chorób psychicznych, opartą na jednolitej i możliwie prostej klasyfikacji. Projekt klasyfikacji chorób powinienby uzyskać aprobatę Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

4. Celem możliwie najekonomiczniejszego wyzyskania szczupłej liczby miejsc w istniejących zakładach psychjatrycznych, należałoby przystąpić do zorganizowania, gdzie to będzie możliwe, opieki pozazakładowej dla tych spokojnych psychicznie chorych, którzy nie potrzebują pozostawać w zakładzie koniecznie. Próby zorganizowania takiej opieki powinnyby rozpocząć zakłady, związane ściśle z pewnem terytorjum administracyjnem, t. j. zakłady województw zachodnich.

5. Zastraszający brak lekarzy, poświęcających się psychjatrji praktycznie, wymaga zarządzeń, zmierzających do poprawy bytu

materjalnego lekarzy zakładowych. Ponadto należałoby utworzyć stypendja dla młodych lekarzy, poświęcających się psychjatrji, któreby umożliwiały uzupełnienie studjów i zobowiązywały do przesłużenia pewnego czasu w zakładzie.

Lekarzom, którzy zaczną pracować w zakładzie psychjatrycznym, należy zapewnić automatyczny awans, zależny od czasu pracy psychjatrycznej.

6. Celem przygotowania kadr wykwalifikowanegó personelu pielęgniarskiego, należy zobowiązać każdy większy zakład psychjatryczny do prowadzenia systematycznego szkolenia personelu. Szkolenie powinno odbywać się według jednolitego programu, pod kontrolą centralnej Władzy Państwowej. Personelowi wykwalifikowanemu należy zapewnić prawa służbowe uprzywilejowane w stosunku do personelu niewyszkolonego, który należy stopniowo redukować.

7. W miarę rozbudowywania sieci wojewódzkich zakładów psychjatrycznych, należy dążyć do zlikwidowania małych i średnich oddziałów psychjatrycznych przy szpitalach ogólnych i przytułkach, ponieważ przy wyraźnie ujemnych warunkach opieki lekarskiej w tych instytucjach kosztują one drożej, niż dobrze urządzony i racjonalnie prowadzony zakład.

8. Wobec wielkiego zaniedbania większości naszych zakładów starszych pod względem współczesnych urządzeń technicznych i sanitarnych, należałoby w zakładach starego typu podnieść wydatki inwestycyjne co najmniej do 10% ich budżetu.

Inwestycje w zakładach psychjatrycznych należałoby zaprowadzać pod kontrolą fachowych sił Władz centralnych.

TABLI

Liczba miejsc etatowych dla mężczyzn i kobiet

	WOJEWÓDZTWA	Zakłady psychjatr. publiczne						Zakłady psychjatr. prywatne		Kliniki uniwers.	
		Państwowe		Samorz.		Społeczne					
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
1	Białostockie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Krakowskie	275	275	—	—	—	—	—	—	25	25
3	Kieleckie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Łódzkie	—	—	80	70	115	115	—	—	—	—
5	Lubelskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Lwowskie	571	540	—	—	—	—	8	8	—	—
7	Nowogródzkie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Poznańskie	—	—	1100	1080	—	—	—	—	14	12
9	Pomorskie	—	—	1183	957	—	—	—	—	—	—
10	Poleskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Śląskie	—	—	885	884	—	—	—	—	—	—
12	Stanisławowskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Tarnopolskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Wołyńskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Wileńskie	60	60	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Warszawskie	350	330	105	70	185	280	20	14	—	—
17	Warszawa st. m.	—	—	284	226	—	—	19	20	—	—
18	Spis wojskowy	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	RAZEM	1256	1205	3637	3287	300	395	47	42	39	37

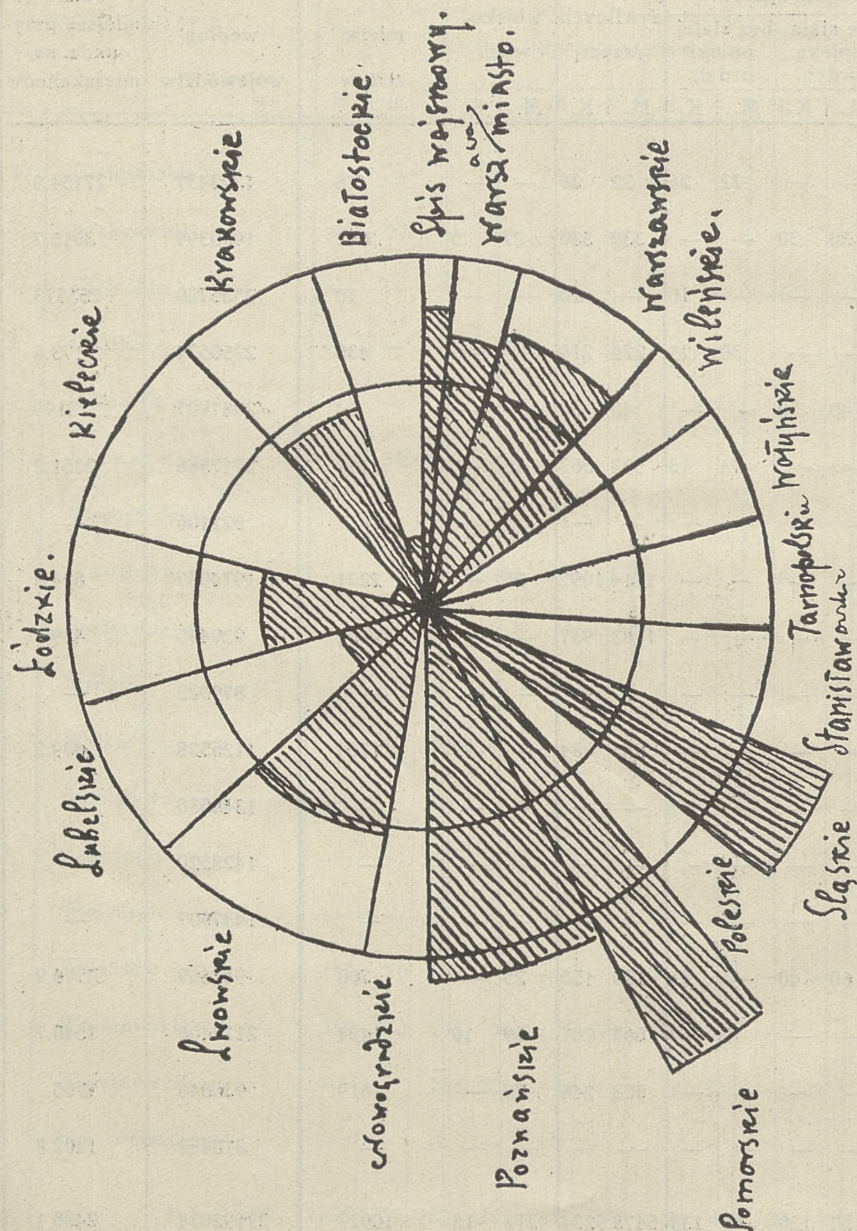
C A I.

z podziałem na województwa i rodzaj zakładów

Oddziały przy szpitalach ogólnych – ze stałą opieką ordyn. M.	K.	Oddziały przy szpitalach ogólnych – bez stałej opieki ordyn. M.	K.	miejsc cywilnych razem M.	K.	miejsc wojskowych M.	K.	Ogółem miejsc etatow.	Zaludnienie według województw	Jedno miejsce przypada na mieszkańców
—	—	22	26	22	26	—	—	48	1303437	27154,9
30	30	—	—	330	330	27	5	692	1990399	3015,7
—	—	—	10	—	10	—	—	10	2535730	253573
—	—	30	25	225	210	—	—	435	2250534	5173,6
40	50	—	—	40	50	—	—	90	2087907	23199
—	—	14	15	593	563	15	—	1171	2717986	2351,2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	822106	—
—	—	—	—	1114	1092	25	—	2231	1974057	894,8
—	—	—	—	1183	957	—	—	2140	939495	439
—	—	—	—	—	—	—	—	—	879925	—
—	—	—	—	885	884	—	—	1769	1125528	639,2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1348580	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1428520	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1437907	—
60	40	—	55	120	155	25	—	300	983659	3576,9
—	—	3	7	663	701	50	10	1424	2112406	1548,7
—	—	—	—	303	246	70	—	619	936046	1705
—	—	—	—	—	—	—	—	—	318452	1402,8
130	120	69	138	5478	5224	212	15	10929	27192674	2488,1

TABLICA II.

Rozmieszczenie etatowych miejsc w zakładach psychjatrycznych w stosunku do ludności województw i wojska. Ludność w tysiącach. Miejsca psychjatryczne w liczbach absolutnych:



TABLICA III.

Ruch chorych w Zakładach psychjatrycznych w r. 1926.

Rodzaje zakładów	Liczba miejsc etatow.			Liczba chorych na 1.I-26			Przybyło			Razem leczono			Ubyło			Liczba chorych na 1/I-27 r.		
	M.	K.	Raz.	M.	K.	Raz.	M.	K.	Raz.	M.	K.	Raz.	M.	K.	Raz.	M.	K.	Raz.
A. Państwowe	1256	1205	2461	1884	1656	3540	1195	971	2166	3079	2627	5706	1248	1055	2303	1831	1572	3403
B. Samorządowe	3637	3287	6924	3101	2770	5871	1806	1385	3191	4907	4155	9062	1612	1297	2909	3295	2858	6153
C. Społeczne	300	395	695	334	413	747	444	377	821	778	790	1568	389	275	664	389	515	904
D. Oddz. ze stałą psychj. opiek.	130	120	250	137	125	262	507	363	870	644	488	1132	501	342	843	143	146	289
E. „ bez stałej „ „	69	138	207	69	139	208	367	484	851	436	623	1059	371	490	861	65	133	198
F. Wojskowe	212	15	227	125	8	133	830	28	858	955	36	991	837	25	862	118	11	129
G. Kliniki uniwersyteckie	39	37	76	30	30	60	275	234	509	305	264	569	272	230	502	33	34	67
H. Zakłady prywatne	47	42	89	29	38	67	155	187	342	184	225	409	150	190	340	34	35	69
Razem	5690	5239	10929	5709	5179	10888	5579	4029	9608	11288	9208	20496	5380	3904	9284	5908	5304	11212

TABLICA IV.

Ruch chorych w zakładach psychjatrycznynych w r. 1926.

	Rodzaje zakładów	Liczba miejsc etatow.	Liczba chorych na 1.I 1916 r.	Liczba chorych przybyłych w r. 1926	% przybyłych w stosunku do stanu z d. 1.I.1926 r.	Ogólna liczb. chorych leczonych wciągu roku	Liczba chorych ubyłych w r. 1926	% ubyłych w stosunku do leczonych	Liczba dni zakładowych	Przeciet. liczba dni zakładow. na jednego chor. leczon. w ciągu roku	Przeciętn. obłożenie dzienne zakładów
1	Państwowe	2461	3540	2166	61,19	5706	2303	40,36	1297946	227.5	3556.0
2	Samorządowe	6924	5871	3191	54,35	9062	2909	32,10	2278399	251.4	6242.2
3	Społeczne	695	747	821	109,90	1568	664	42.35	305370	194.7	836.6
4	Oddz. psychjatr. ze stałą opieką	250	262	870	332,06	1132	843	74,47	102744	90.8	281.5
5	Oddz. psychjatr. bez stałej opieki	207	208	851	409,13	1059	851	81,30	77549	90.1	212,4
6	Wojskowe	227	133	858	645,11	991	862	86,98	45705	46.1	125.2
7	Zakłady prywatne	89	67	342	510,45	409	340	83,13	25822	63.1	70.7
8	Kliniki uniwersyt.	76	60	509	848,33	569	502	88,22	18893	33.2	51.7
	Razem	10929	10888	9608	88,24	20496	9284	45,29	4152428	202.6	11102.5

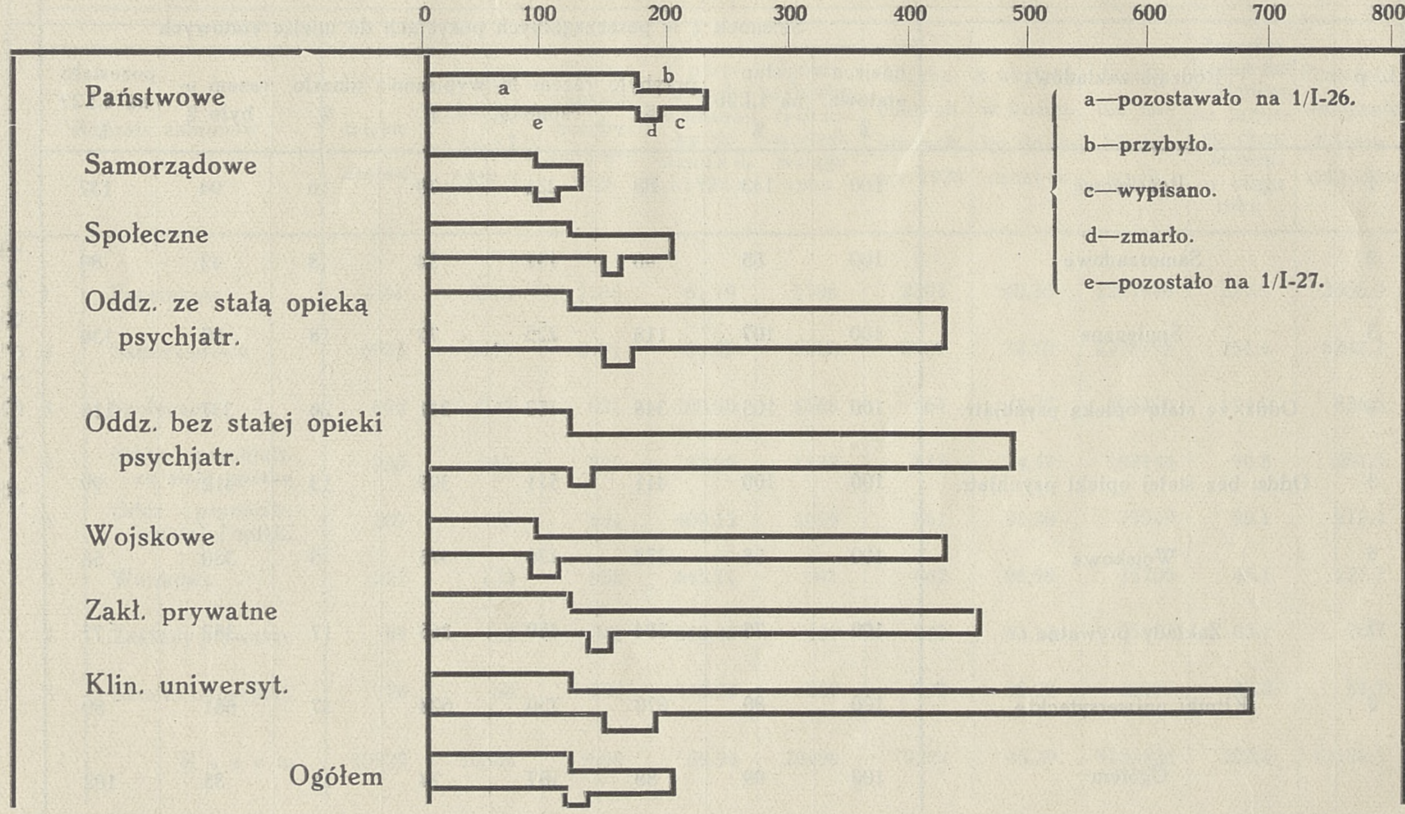
TABLICA V.

Stosunkowa intensywność ruchu chorych w zakładach psychjatrycznych w odsetkach ich pojemności etatowej w 1926 r.

L. p.	Rodzaje zakładów	Stosunek % w poszczególnych pozycjach do miejsc etatowych							
		miejsca etatowe %	stan na 1.I.26 %	przybyło %	razem leczono %	wypisano %	zmarło %	razem ubyło %	pozostało na 1.I.27 %
1	Państwowe	100	143	88	231	78	16	94	137
2	Samorządowe	100	85	46	131	34	8	42	89
3	Społeczne	100	107	118	225	77	18	95	130
4	Oddz: ze stałą opieką psychjatr.	100	105	348	453	311	26	337	116
5	Oddz: bez stałej opieki psychjatr.	100	100	411	511	399	13	412	99
6	Wojskowe	100	58	378	436	375	5	380	56
7	Zakłady prywatne	100	75	384	459	365	17	382	77
8	Kliniki uniwersyteckie	100	80	670	750	624	37	661	89
	Ogółem	100	99	88	187	74	11	85	102

TABLICA VI.

Stosunkowa intensywność ruchu chorych w zakł. psychjatr. w 1926 r. w odsetkach ich pojemności etatowej.



T A B L I C A VII.

UMIERALNOŚĆ W ZAKŁADACH PSYCHJATRYCZNYCH W R: 1926.

	RODZAJE ZAKŁADÓW.	Liczba leczonych	Liczba wypisanych	Liczba zmarłych	stosunek % zmarłych do leczonych	stosunnek % zmarłych do wypisanych
1	Państwowe	5706	1920	383	6.71	19.95
2	Samorządowe	9062	2339	570	6.29	24.37
3	Społeczne	1568	536	128	8.16	23.88
4	Oddz: z stałą psychj: opieką	1132	777	66	5.83	8.49
5	Oddz: bez stałej psychj: opieki	1059	824	37	3.50	4.61
6	Wojskowe	991	852	10	1.01	1.16
7	Zakłady prywatne	409	325	15	3.67	4.61
8	Kliniki uniwersyteckie	569	474	28	4.92	5.95
	Ogółem	20496	8047	1237	6.04	15.37

TABLICA VIII.

Liczby dotyczące chorych, nadających się do instytucyj specjalnych.

L. p.	RODZAJE ZAKŁADÓW	Liczba chorych na 1.I.27 r.	w liczbie chorych pozostających na 1.I 1927 r. było:					w stosunku do ogól. liczby chor. leczon., stannowi to w %				
			Dzieci do lat 15-tu	Narkomanów	Epileptyków	Spokojnych nadających się do opieki rodzin.	Kryminalnych	Dzieci %	Narkomani %	Epileptycy %	Spokojni %	Kryminalni %
1	Państwowe	3403	54	20	66	329	146	1,58	0,58	1,94	9,66	4,29
2	Samorządowe	6153	193	132	533	886	472	3,13	2,14	8,66	14,40	7,67
3	Społeczne	904	4	7	14	30	149	0,44	0,77	1,55	3,32	16,48
4	Odd. ze stałą psychj. opieką	289	2	7	31	55	71	0,69	2,42	10,72	19,03	24,57
5	„ bez stałej „	198	2	1	11	64	37	1,01	0,51	5,55	32,32	18,68
6	Wojskowe	129	1	10	2	82	23	0,77	7,75	1,55	63,56	17,83
7	Zakłady prywatne	69	—	1	—	12	4	—	1,45	—	17,40	5,79
8	Kliniki uniwersyteckie	67	1	3	2	39	16	1,50	4,48	2,98	58,21	23,88
	Ogółem	11212	257	181	659	1497	918	2,29	1,61	5,88	13,35	8,19

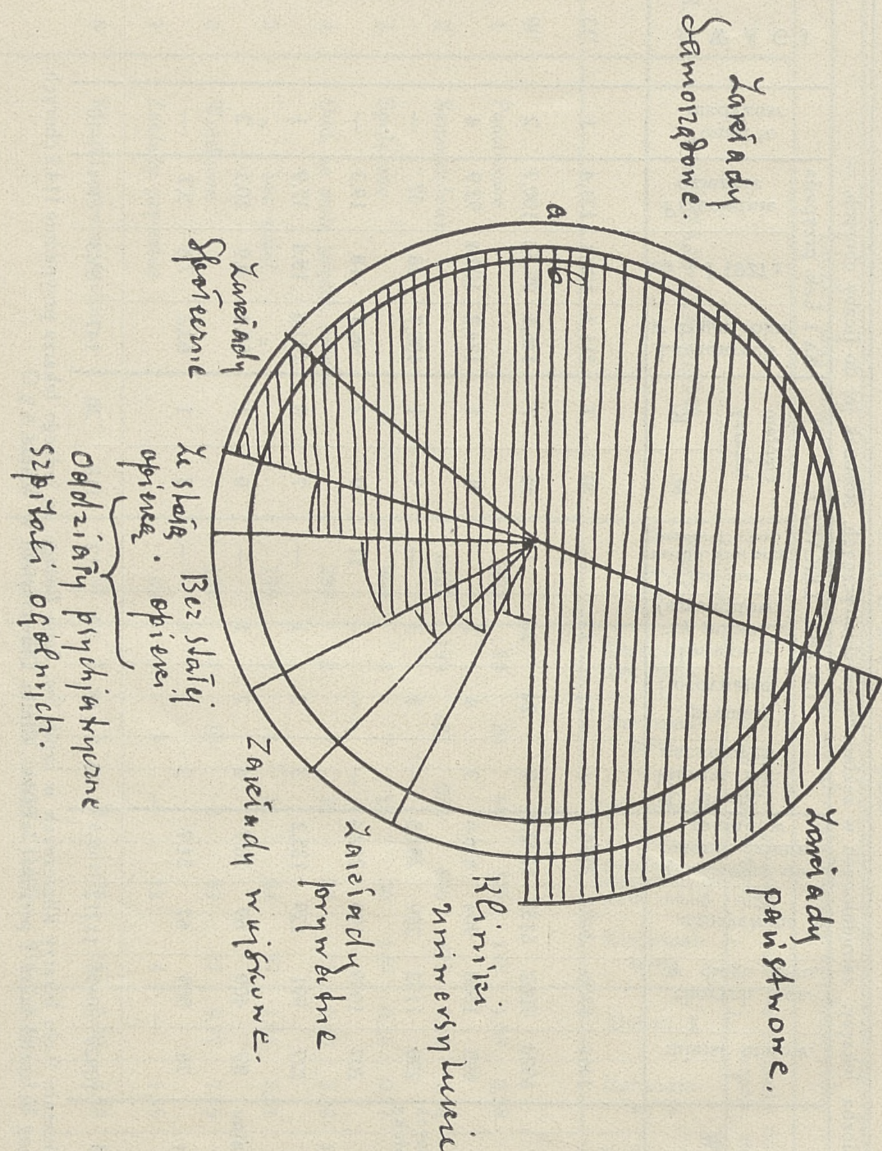
TABLICA IX.

Liczba lekarzy, zatrudnionych w zakładach psychjatrycznych, stosunek jej do liczby chorych. =

	RODZAJE ZAKŁADÓW	L. miejsc etatow.	L. chorych lecz. w ciągu roku	L. chorych na 1 I—27	przeciętne obłożenie dzienne zakładów	LICZBA LEKARZY: L. dyrek. kierow. lek. naczelnych	L. prymar. i ordynator.	L. lekarzy pomoc. (asystentów)	L. lek. niezatrud. stal przy psychicz. chor.	Ogółem lekarzy: M.	Ogółem lekarzy: K.	Na 1 Lek. przypada: Leczonrych w ciągu roku	na 1-I 1927 r.	Przeciętnie dziennie	Ponad to medyków	UWAGI
1	Państwowe	2461	5706	3403	3556,0	4	11	12	—	20	7	211,3	126,1	131,4	1	[2])3
2	Samorządowe	6924	9062	6153	6242,2	9	24	28	1	55	7	146,1	99,3[2])	100,7	2	[1])9
3	Społeczne	695	1568	904	836,6	3	4	2	—	8	1	174,2	100,4	92,9	4	
4	Oddz. z stałą psych opieka	250	1132	289	281,5	—	3	3	—	5	1	188,7	48	47	—	
5	„ bez stałej „	207	1059	198	212,4	—	—	—	11	9	2	96,3	18	19,3	—	
6	Wojskowe	227	991	129	125,2	3	3	1	—	7	0	141,6	18,4	17,9	1	
7	Zakłady prywatne	89	409	69	70,7	4	2	1	—	6	1	58,4	9,9	10,1	2	
8	Kliniki uniwer.	76	569	67	51,7	2	1	6	—	8	1	63,2	7,4	5,7	—	
	OGÓŁEM	10929	20496	11212	11102,5	25	48	53	12	118	20	147	81,3	80,4	10	

[1]) po odliczeniu 9-ciu lekarzy klinicznych w szpit. Św. Jana Bożego na jednego lekarza przypadnie 114,2 chorych.
[2]) zaliczony tu został także i personel lekarski kliniki Uniwersytetu w Wilnie.

TABLICA X.



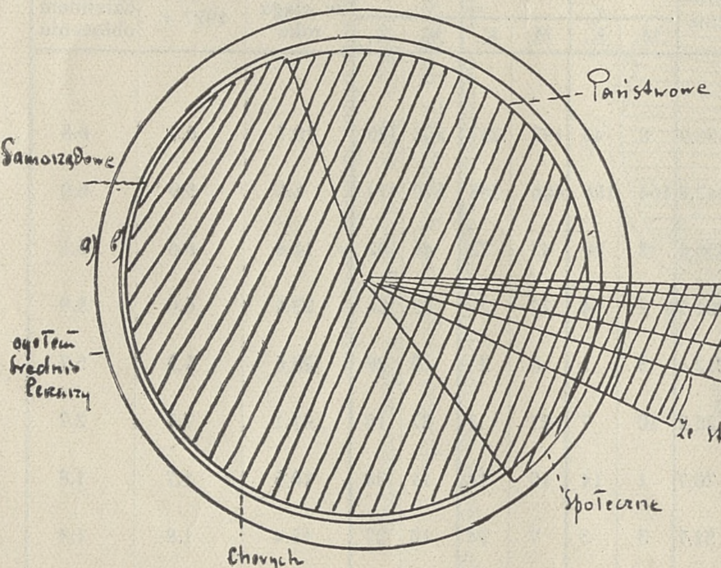
Liczba chorych, przypadających na jednego lekarza w różnych grupach instytucji psychjatrycznych.

Powierzchnia koła a odpowiada przeciętnej dziennej liczbie chorych we wszystkich zakładach. Powierzchnia koła b tej liczbie lekarzy, jaka była by potrzebna przy utrzymaniu stosunku: 1 lekarz na 100 chorych. Zakreślone powierzchnie sektorów odpowiadają liczbom chorych, jakie przypadają na 1 lekarza w poszczególnych grupach zakładów.

TABLICA XI.

Stosunek liczby lekarzy do liczcy chorych przy przeciętnem obłożeniu dnia zakładowego w grupach zakładów psychjatrycznych.

Powierzchnia koła a) odpowiada tej liczbie lekarzy, jaka byłaby potrzebna, żeby 1 lekarz przypadał na 100 chorych. Powierzchnia koła b) odpowiada rzeczywistej liczbie. Powierzchnia sektorów— stosunkowej liczbie lekarzy do liczby chorych w poszczególnych grupach instytucji psychjatrycznych.

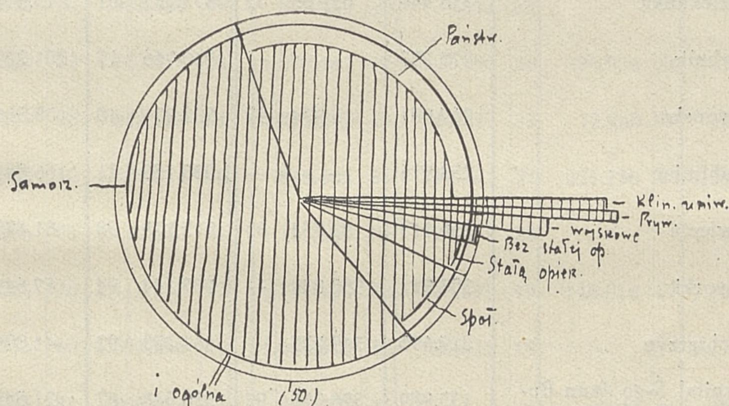


TABLICA XII.

Liczba personelu pielęgniarskiego wyższego i niższego i stosunek jej do liczby chorych w 1926 r.

RODZAJE ZAKŁADÓW	Liczba miejsc etatow	Liczba chorych leczonych w ciągu roku	Liczba chorych wd. 1-I 1927 r.	Przeciętn. dzienne obłożenie	Liczba person. wyższego		Liczba person. niższego		Ogółem personelu pielęgn.		Na jedną pielęgnującą osobę przypada		
					M.	K.	M.	K.	M.	K.	Chorych leczonych w ciągu roku	w dniu 1.I 1927 r.	Przy przeciętnem dziennem obłożeniu
Państwowe	2461	5706	3403	3556,0	8	43	192	287	200	330	10.7	6.4	6.8
Samorządowe	6924	9062	6153	6242,2	164	106	406	368	570	474	8.6	5.9	6.0
Społeczne	695	1568	904	836,6	2	20	43	72	45	92	11.4	6.6	6.1
Oddz. ze stałą opieką psychj.	250	1132	289	281,5	2	4	20	22	22	26	23.6	6.0	5.9
„ bez stałej „ „	207	1059	198	212,4	3	7	6	21	9	28	28.6	5.3	5.7
Wojskowe	227	991	129	125,2	10	7	27	3	37	10	21.1	2.7	2.7
Zakłady prywatne	89	409	69	70,7	1	14	10	14	11	28	10.5	1.7	1.8
Kliniki uniwersyt.	76	569	67	51,7	3	3	7	24	10	27	15.4	1.8	1.4
Razem	10929	20496	11212	11102,5	193	204	711	811	904	1015	10.7	5.8	5.8

TABLICA XIII.



Stosunek liczby personelu pielęgniarskiego do liczby chorych w d. 1.I 1927 w różnych Zakładach psychjatrycznych.

Powierzchnia całego koła odpowiada liczbie chorych. Zakreślone segmenty pięciokrotnej liczbie personelu.

TABLI

Wykaz dochodów i wydatków większych zakładów psychja

№ porząd.	Nazwa zakładu	Liczba dni szpitalnych	DOCHO					
			Dotacje		Opłaty za utrzymanie chorych		dochody z mcjątku i gospodarstwa	
1	Kocborowo	441.834	35.305	48	1.439.636	22	141.484	11
2	Kulparków	676.540	1.009.787	75	510.720	83	77.388	01
3	Dziekanka	318.440	65.765	52	875.237	61	15.506	13
4	Rybnik	275.253	—	—	946.766	19	201.229	02
5	Owińska	267.081	215.994	92	532.274	48	58.361	07
6	Lubliniec	253.976	—	—	1.035.130	21	166.881	10
7	Świecie	256.113	83.354	66	515.178	98	61.173	61
8	Tworki	303.711	950.000	—	1.067.144	94	87.641	63
9	Kobierzyn	317.695	549.025	—	461.225	92	41.099	08
10	Szpital Ś-go Jann Bożego w Warszawie	133.989	390.356	92	350.548	67	21.849	85
11	Kościan	106.858	95.586	50	258.381	78	73.696	24
12	Drewnica	121.501	—	—	432.560	50	26.630	—
13	Kochanówka	133.422	—	—	533.076	39	11.912	30
14	Zofjówka	50.447	—	—	135.000	—	5.000	—
15	Warta	50.535	1.300	—	146.489	34	5.696	56
16	Zakł. na Antokolu *) w Wilnie	—	—		—		—	
	Razem	3.707.395	3.396.476	75	9.239.372	06	995.548	71

*) Zaczął funkcjonować później.

C A XIV.

trycznych, stanowiących samodzielne jednostki gospodarcze.

D Y.				W Y D A T K I.							
Pozostałe dochody		Ogółem		Wydatki dotyczące utrzymania chorych		Gospodarstwo i utrzymanie majątku		Inwestyc.e		Ogólna suma wydatków	
62.452	85	1.678.878	66	1.576.745	60	78.610	66	28.665	06	1.684.011	32
44.350	38	1.642.246	97	1.576.732	94	45.621	27	19.892	76	1.642.246	97
27.816	93	984.326	19	893.414	27	1.883	88	—	—	895.298	15
15.322	82	1.163.318	03	1.098.967	15	101.490	36	74.904	38	1.275.361	89
17.051	98	823.682	45	795.349	01	15.373	38	12.960	06	823.682	45
293.803	10	1.495.814	41	846.605	85	110.751	57	251.736	44	1.209.093	86
534.896	06	1.194.603	31	1.157.689	82	29.214	24	—	—	1.186.904	06
9.424	20	2.114.210	77	1.113.729	22	56.889	49	116.016	01	1.286.634	72 *)
46.346	80	1.097.696	80	1.047.558	38	31.015	19	—	—	1.078.573	57
3.167	81	765.923	25	765.923	23	—	—	—	—	765.923	23
85.824	01	513.488	53	459.537	53	53.951	00	—	—	513.488	53
2.581	29	461.771	79	358.658	79	16.320	18	86.800	—	461.778	97
14.857	11	559.845	80	551.191	25	5.064	18	8.853	11	565.108	54
9.600	—	149.600	—	122.656	—	500	—	36.000	—	159.156	—
9.790	04	163.275	94	125.076	39	4.323	45	5.855	59	135.255	43
—		—		—		—		—		—	
1.177.285	38	14.808.682	90	12.489.835	43	551.008	85	641.673	41	13.682.517	69

*) Do tego dochodzą opłaty za chorych umieszczczonych w obcych zakładach 805.041.65.

TABLI

Wydatki na utrzymanie chorych w więk

PRZECIĘTNY KOSZT 1-EGO

Nr. Porządk.	NAZWA ZAKŁADU	Liczba dni szpitalnych	WYDATKI NA UTRZY: Osobowe		Żywienie chorych		Pomieszczenie		Inwentarz ruchomy	
I	Kocborowo	441,834	596,530	14	463.742	40	205.103	68	249,618	10
II	Kulparków	676.540	644.484	81	568.692	82	208.541	31	109,877	07
III	Dziekanka	318,440	312,115	81	346,808	76	151.799	36	61,582	54
IV	Rybnik	275,253	439,731	78	372,226	37	109,334	83	124,738	44
V	Owinska	267.081	325,412	29	251,068	47	103,886	51	58,044	45
VI	Lubliniec	253.976	328,802	65	310,054	30	86,165	78	94,887	95
VII	Świecie	256.113	365,981	44	273,209	24	89,302	33	71.481	80
VIII	Tworki	303.711	502.223	10	335,479	08	174.089	60	76,291	94
IX	Kobierzyn	317.695	436,710	08	277.972	79	201,305	24	47.134	79
X	Szpt Ś-go Jan. Boż. w War.	133.989	445,421	40	157.600	83	96,562	82	38,164	95
XI	Kościan	106.858	183,610	08	103,523	79	80.149	42	47.173	93
XII	Drewnica	121.501	98.077	30	159.423	42	52.239	04	27,072	39
XIII	Kochanów.	133,422	199,565	13	220,000	—	81,801	04	24,770	86
XIV	Zofjówka	50.447	29,764	—	60,225	—	19,595	—	9,072	—
XV	Warta	50.535	51.926	31	36,428	70	13.829	—	13,326	50
	Ogółem w zakładzie psychjatr.	3.707.395	4.960,356	32	3.936.455	97	1.673.704	96	1.053,237	71

C A XV.
szych zakładach psychjatrycznych.
DNIA ZAKŁADOWEGO.

MANIE CHORYCH.								Przeciętny koszt dnia szpitalnego			
Leki i sanitarne		Administracyjne		Pozostałe		Suma wydatków		Per.	Żyw.	Pozos.	Raz.
								w groszach			
33.755	25	12,856	04	15,139	99	1,576,745	60	135	104,9	116,9	356,8
11.142	74	15,065	90	18,928	29	1,576.732	94	97	86,0	64	247
9.029	48	4,837	29	7,241	03	893,414	27	98	108,9	73,6	280,5
26.956	16	18,678	04	7,301	53	1.098.967	15	160	115,0	108	383
9.293	56	8,470	52	39,173	21	795,349	01	122	94	82	298
7.723	83	15,626	75	3,344	59	846.605	85	129,5	122,2	81,8	333,5
13.473	68	28,459	96	315781	37	1.157.689	82	142,9	106,6	202,5	452
13,304	33	9,285	23	3,055	94	1,113,729	22	160,0	110,4	95,6	366,00
9,165	14	26.127	50	49,142	84	1,047,558	38	137,5	87,5	114,5	339,5
16,830	99	4,755	99	6,586	25	765,923	23	332,4	117,6	121,6	571,6
3,200	—	3,648	36	38,231	95	459,537	53	171,8	97	161,3	430.1
5,877	43	300	18	15,669	03	358,658	79	80,7	131,3	83,2	295,2
12,751	72	8,120	88	4,181	62	551,191	25	149,5	165,0	98,7	413,2
2,000	—	2,000	—	—	—	122,656	—	59	119,4	64,7	243.1
2.644	95	2,125	78	4,795	15	125,076	39	102,8	72,0	72,6	247,4
177.149	26	160.358	42	528.572	79	12.489835	43	133.8	106.1	96,9	3.36.8

TABLICA XVI.

Ogólna suma kosztów opieki nad psychicznie chorymi i porównanie przeciętnego kosztu dziennego utrzymania chorych w Zakładach psychjatrycznych różnego typu								
L. P.	TYP ZAKŁADU	Ogólny koszt utrzymania chorych wynosił w roku 1926		Przy ogólnej liczbie dni zakładowych	przeciętny koszt 1 dnia zakładowego			
					a Pers.	b Żyw.	c Inne wydat.	d. Raz.
1	W 15-tu większych zakładach psychjatrycznych stanowiących samodzielne jednostki gospodarcze	12.489.835	43	3,707,395	133.8	106,1	96,9	336,8
2	W 13-tu oddz. psychjatrycznych szpitali ogólnych:	1,515.615	96	354,613	161'3	123,4	142,7	427,4
3	W 6 oddz. psychjatrycznych szpitali wojskowych	290,341	01	45,705	338,5	170.5	126,25	635,25
4	W 2 klinikach uniwersyteckich	193,653	25	18,893	359,3	293,3	372,4	1025,0
5	W 5 zakładach prywatnych	275.391	63	25,822	463,5	241,5	361,5	1066,5
	Ogółem	14,764,837	28	4,152,428	—	—	—	—

ROZPORZĄDZENIE

PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ O OPIECE NAD OSOBAMI PSYCHICZNIE CHOREMI.

Na podstawie art. 44 ust. 6. Konstytucji i Ustawy z d. 2 sierpnia 1926 o uprawnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustaw (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 443) postanawiam co następuje:

Rozdział I.

ZASĄDY OGÓLNE. SPOSOBY WYKONYWANIA OPIEKI PSYCHJATRYCZNEJ.

Art. 1.

Opieka nad psychicznie chorymi, przebywającymi na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązkiem władz państwowych i samorządowych, stosownie do przepisów niniejszego rozporządzenia.

Za psychicznie chore uważa się także osoby psychicznie zwyrodniałe, upośledzone i niedorozwinięte.

Art. 2.

Opieka nad osobami psychicznie choremi może być wykonywana:

1) w zakładach i klinikach psychjatrycznych, specjalnie na ten cel przeznaczonych;

2) w oddziałach psychjatrycznych szpitali ogólnych oraz w stacjach zdawczych;

3) we własnej rodzinie chorego lub u jego krewnych, albo w domu osób trzecich.

Art. 3.

Zakładem psychjatrycznym w rozumieniu niniejszego rozporządzenia jest zakład, przeznaczony do przyjmowania i pielęgnowania psychicznie chorych.

Zakłady psychjatryczne przyjmuja bądź wszelkiego rodzaju psychicznie chorych, bądź tylko chorych pewnego rodzaju, jak epileptyków, alkoholików, narkomanów, dzieci upośledzone psychicznie i t. d.

Kolonje rolnicze dla psychicznie chorych spokojnych, tudzież zorganizowany pod stałym nadzorem lekarskim system opiek rodzinnych dla psychicznie chorych, stanowią urządzenia pomocnicze zakładu psychjatrycznego.

Art. 4.

Zakłady psychjatryczne dzielą się na:

a) publiczne,

b) nie posiadające prawa publiczności.

Do publicznych zakładów psychjatrycznych zaliczają się nieobliczone na zysk:

a) zakłady lecznicze (szpitale), utrzymywane przez Państwo albo związki komunalne,

b) zakłady, utrzymywane przez instytucje publiczno-prawne oraz inne osoby prawne, którym Minister Spraw Wewnętrznych po zasięgnięciu opinji Rady Psychjatrycznej przyzna prawo publiczności.

Zakłady psychjatryczne nie posiadające prawa publiczności dzielą się na:

a) zakłady nie obliczone na zysk (szpitale),

b) zakłady obliczone na zysk (lecznice-zakłady prywatne).

W sprawie nadawania i odbierania prawa publiczności mają zastosowanie przepisy art. 5, 6, 7 rozporządzenia Prezydenta R. P. z dnia o zakładach leczniczych (Dz. U R. P. Nr. poz,).

Art. 5.

Publiczny Zakład Psychjatryczny przyjmuje każdego chorego, potrzebującego pomocy psychjatrycznej, bez względu na jego narodowość i wyznanie lub stan majątkowy, o ile to nie jest przeciwne przeznaczeniu zakładu.

Publiczny zakład psychjatryczny pozostaje pod kierownictwem lekarza psychjatry, który:

a) posiada obywatelstwo polskie, i prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Pańswie Polskiem;

b) ma za sobą nie mniej, niż 5-letnią praktykę psychjatryczną, nabytą w zakładzie psychjatrycznym publicznym, albo w klinice specjalnej;

c) został na tem stanowisku zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych

Uniwersyteckie kliniki psychjatryczne posiadają charakter publicznych zakładów psychjatrycznych, a profesorom, mianowanym w myśl ustawy o szkołach akademickich i kierującym kliniką, przysługują wszystkie uprawnienia dyrektorów publicznych zakładów psychjatrycznych bez osobnego zatwierdzania ich w tym charakterze.

Funkcjonarjusze publicznych zakładów psychjatrycznych podlegają odpowiedziąlności karnej i korzystają z opieki prawa narówni z urzędnikami publicznymi.

Art. 6.

Minister Spraw Wewnętrznych może oddziałowi dla psychicznie chorych w szpitalu ogólnym nadać czasowo po zasięgnięciu opinji Rady Psychjatrycznej charakter publicznego zakładu psychjatrycznego. Postanowienie to dotyczy tylko szpitali, utrzymywanych przez czynniki, wymienione w art. 4, ustęp 2.

Inne oddziały dla psychicznie chorych w szpitalach ogólnych służą do czasowego umieszczania chorych w przypadkach nagłych przed odstawieniem ich do publicznego zakładu psychjatrycznego, i to nie dłużej jak przez miesiąc.

Uprawnienia i sposób wykonywania opieki lękarskiej nad psychicznie chorymi w tych oddziałach i w osobnych stacjach zdawczych, służących do czasowego przetrzymywania chorych, warunki tworzenia i zwijania tych oddziałów i stacyj określi rozporządzenie wykonawcze.

Art. 7.

Oddziały psychjatryczne przy szpitalach wojskowych służą do przyjmowania na leczenie, i dla celów obserwacji tylko osób wojskowych. Rozporządzenie niniejsze nie dotyczy tych oddziałów.

Organizację i warunki przyjmowania i zwalniania chorych z tych oddziałów określi Minister Spraw Wojskowych.

Art. 8.

Nie posiadające prawa publiczności szpitale i lecznice psychjatryczne mogą być otwierane jedynie na podstawie koncesji, udzielonej przez Ministrą Spraw Wewnętrznych po wysłuchaniu opinji Rady Psychjatrycznej.

Odpowiedzialnym kierownikiem prywatnego zakładu psychjatrycznego (lecznicy) może być tylko lekarz psychjatra.

Dla uzyskania koncesji wymagane jest, aby zakład posiadał należyte urządzenia dla leczenia i bezpieczeństwa chorych, dostosowane do przepisów higjeny i uwzględniające podział chorych według płci. Rozporządzenie wykonawcze ustali bliżej warunki udzielania koncesyj.

Minister Spraw Wewnętrznych może cofnąć koncesję, o ile stwierdzi, że prowadzenie zakładu nie odpowiada warunkom koncesji, albo naraża chorych na szkody fizyczne, moralne lub materjalne.

Rozdział II.

BUDOWA I UTRZYMANIE ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH.

Art. 9.

Obowiązek zapewnienia dostatecznej liczby miejsc dla umieszczenia psychicznie chorych w zakładach psychjatrycznych ciążv na wojewódzkich związkach komunalnych. Dla tego celu winien w zasadzie każdy wojewódzki związek komunalny posiadać conajmniej jeden zakład psychjatryczny.

Wojewódzki związek komunalny może dla celów powyższych łączyć się z innemi związkami wojewódzkiemi w związki międzykomunalne, zawierać umowy z instytucjami, posiadającemi zakłady psychjatryczne, o korzystanie z tych zakładów lub urządzeń pomocniczych.

Do czasu utworzenia wojewódzkich związków komunalnych mają powiatowe związki komunalne i miasta wydzielone, położone na obszarze województwa, połączone w związek międzykomunalny, przejąć na siebie obowiązek zakładania i utrzymywania zakładów psychjatrycznych.

O ile w terminie, oznaczonym przez Ministra Spraw Wewnętrznych, związek taki nie będzie utworzony, Minister Spraw Wewnętrznych władny jest utworzyć go w drodze rozporządzenia.

Miasta wydzieloue i powiatowe związki komunalne, oraz związki międzykomunalne przez nie utworzone, które utrzymywać będą własne zakłady lub urządzenia dla osób psychicznie chorych, mogą być zwolnione w całości lub w części od świadczeń z tytułu opieki nad psychicznie chorymi na rzecz związków wojewódzkich w miarę zawartego z temi związkamł układu, Jeżeli układ nie dojdzie do skutku, decyduje Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 10.

Państwo przyczynia się do założenia publicznych zakładów psychjatrycznych, względnie pomocniczych urządzeń do nich, w połowie kosztów, w tym samym wymiarze przyczynia się także Państwo do powiększenia lub zasadniczych ulepszeń i przeróbek istniejących publicznych zakładów psychjatrycznych, o ile potrzeba tych inwestycji uznana zostana przez Ministra Spraw Wewnętrznych na podstawie opinji, wydanej przez Radę Psychjatryczną (art. 48).

Rada psychjatryczna wydaje również opinję w sprawie programu i planów budowy oraz rozbudowy zakładów psychjatrycznych.

Art. 11.

Koszty leczenia osób, leczonych w publicznych zakładach psychjatrycznych, ponoszą w zasadzie chorzy sami lub osoby względnie instytucje, do ponoszenia tych kosztów prawnie obowiązane.

Do kosztów leczenia należą wszystkie wydatki, związane z pobytem chorego w zakładzie.

Przyznane art. 43 ust. III ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Dz. U. Nr. 44 poz. 272 Kasom Chorych prawo przyjmowania przez szpitale publiczne ich członków po cenach, odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego, nie ma zastosowania do publicznych zakładów psychjatrycznych.

Art. 12.

Koszty leczenia psychicznie chorych ubogich ponoszą miasta wydzielone oraz powiatowe i wojewódzkie związki komunalne, na których obszarze chory mieszkał przynajmniej od roku.

Gminy, obowiązane według istniejących przepisów do ponoszenia kosztów leczenia za ubogich, właściwe ze względu na miejsce zamieszkania chorego, uczestniczą w powyższych kosztach leczenia tylko przez jeden rok, w wysokości $^1/_4$ części.

O ile żaden powiat względnie miasto wydzielone nie byłoby w myśl tego przepisu właściwe do ponoszenia kosztów, ponosi je związek wojewódzki, a do czasu zorganizowania samorządu wojewódzkiego — wojewoda, przy współudziale Wydziału Wojewódzkiego, rozkłada koszty na wszystkie powiaty i miasta wydzielone według liczby ludności. Realizacji tych postanowień dokona specjalna ustawa o kosztach leczenia.

Art. 13.

Przepisy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia (Dz. U. R. P. Nr. poz.) o zakładach leczniczych, a dotyczące ich zakładania, kosztów utrzymania i prowadzenia, mają zastosowanie i do zakładów psychjatrycznych, o ile rozporzadzenie niniejsze nie zawiera odmiennych postanowień.

Rozdział III.

WARUNKI PRZYJMOWANIA PSYCHICZNIE CHORYCH DO PSYCHJATRYCZNYCH ZAKŁADÓW PUBLICZNYCH I PRYWATNYCH.

Art. 14.

Osoba psychicznie chora może być mimo lub wbrew jej woli umieszczona w publicznym zakładzie psychjatrycznym, gdy tego jej stan zdrowia i potrzeba leczenia lub dobro publiczne wymaga, w każdym jednak wypadku przy zachowaniu przepisów, niniejszem rozporządzeniem określonych,

Przyjęcie osoby psychicznie chorej do psychjatrycznego zakładu publicznego lub prywatnego może być dokonane na żądanie chorego, lub jego prawnych zastępców, albo na usprawiedliwione wystąpienie krewnych, powinowatych, lub osób, sprawujących faktyczną opiekę. Przyjęcie osoby psychicznie chorej do publicznego zakładu psychjatrycznego może być także zarządzone z urzędu.

Art. 15.

W szczególności do wystapienia z wnioskiem o przyjęcie psychicznie chorego do zakładu psychjatrycznego uprawnieni są:

1. co do chorych małoletnich i ubezwłasnowolnionych ich prawni zastępcy;

2. co do chorych dorosłych i ohorych nieubezwłasnowolnionych, rodzice, dziadowie, dzieci, małżonkowie i rodzeństwo;

3. w braku osób pod 1 i 2 podanych, lub zachodzącej z ich strony przeszkody — inni krewni albo powinowaci, lub osoby, sprawujące faktyczną opiekę, władze gminne, powołane do opiekowania się chorym, władze administracji ogólnej;

4. co do ubogich chorych — te jednostki komunalne, którc obowiązane są do ponoszenia kosztów ich leczenia;

5. co do osób, przebywających w więzieniu lub zakładach poprawczych, albo w zakładach pracy przymusowej — władza, w której rozporządzeniu chory pozostaje;

6. co do osób wojskowych — przełożona władza wojskowa.

Art. 16.

Wystąpienie o przyjęcie do publicznego zakładu psychjatrycznego musi być łokonane pisemnie i podpisane przez wnioskodawcę lub władzę do tego powołaną. Do wniosku należy dołączyć:

a) akt urzędowy, stwierdzający tożsamość osoby psychicznie chorej, jej stan cywilny, miejsce zamieszkania i przynależność państwową;

b) świadectwo lekarskie, stwierdzające chorobę psychiczną i potrzebę umieszczenia chorego w zakładzie.

Świadectwo lekarskie winno być wystawione na podstawie osobistego zbadaia chorego i zachowuje swą ważność tylko do 30-go dnia od jego daty wystawienia.

c) dokument, stwierdzający tożsamość osoby, która wnosi podanie o przyjęcie chorego albo legalizację podpisu tej osoby na podaniu;

d) w razie ubóstwa chorego świadectwo ubóstwa, wystawione przez władzę wykonawczą jednostki komunalnej, na której obszarze chory ostatnio zamieszkiwał.

Art. 17.

Dyrektor publicznego zakładu psychjatrycznego decyduje w sprawie przyjęcia chorych do zakładu na podstawie zgłoszonych wniosków, zarządza zbadanie stanu psychicznego osoby, zgłoszonej jako chorej i zależnie od wyniku badania — orzeka albo o potrzebie umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym, albo o nie przyjęciu do zakładu.

W wypadku podejrzenia o złą wolę osób, występujących o przyjęcie rzekomo chorego do zakładu w celu wyrządzenia mu krzywdy, dyrektor donosi bezzwłocznie o tem właściwemu prokuratorowi.

W przypadku kiedy osoba, przyjęta do zakładu na podstawie badania wstępnego, budzi wątpliwości co do stanu psychicznego i potrzeby dalszego pobytu w zakładzie, dyrektor zakładu psychjatrycznego pozostawia ją na obserwacji oraz może, gdy to uzna za potrzebne, zwrócić się do wojewódzkiego inspektora psychjatrycznego (art. 46) o zarządzenie zbadania sprawy.

Dyrektor zakładu psychjatrycznego ma prawo znosić się bezpośrednio z zarządami innych publicznych zakładów psychjatrycznych w sprawie przeniesienia chorego celem dalszego leczenia do urządzenia pomocniczego lub do zakładu specjalnego, a chorych nieuleczalnych, lecz spokojnych przekazać do dalszego pielęgnowania w rodzinie lub właściwemu związkowi komunalnemu, obowiązanemu do sprawowania opieki społecznej.

W wypadkach nagłych dyrektor publicznego zakładu psychjatrycznego może przyjąć chorego do zakładu bez dokumentów przepisanych art. 16-ym, zażąda jednak bezzwłocznego ich dostarczenia.

Art. 18.

W przypadkach ujawnienia się na terytorjum gminy rozstroju psychicznego u osoby, której rodzice, krewni lub powinowaci nie otaczają należytą opieką w wypadku, gdy pozostawienie tej osoby w rodzinie grozi niebezpieczeństwem dla niej samej lub innych względnie dla mienia albo dla porządku publicznego, władze bezpieczeństwa poczynią bezzwłocznie niezbędne zarządzenia zapobiegawcze oraz wezwą lekarza dla zbadania stanu zdrowia takiej osoby i gdy ten stwierdzi chorobę psychiczną, odstawią chorego do odpowiedniego zakładu.

Równocześnie władza gminna winna zarządzić zbadanie stosunków osobistych, rodzinnych i majątkowych chorego i sprawozdanie o tem odesłać zarządowi zakładu, w którym chorego umieszczono. O ile przytem stwierdzona zostanie wina osób, obowiązanych do opiekowania się chorym, zawiadamia o tem władza gminna właściwy urząd prokuratorski, celem pociągnięcia winnych do odpowiedzialności.

Art. 19.

Warunki przyjęcia do publicznego zakładu psychjatrycznego (art. 16) obowiązują także przy przyjęciu chorego do zakładu prywatnego z tą różnicą, że świadectwo lekarskie musi być wystawione przez lekarza psychjatrę z poza zakładu.

Art. 20.

Publiczny zakład psychjatryczny obowiązany jest przyjąć każdego psychicznie chorego, o ile to nie sprzeciwia się specjalnemu przeznaczeniu zakładu, natomiast zakład prywatny może być obowiązany do przyjmowania chorych tylko z tytułu umowy.

Rozdział IV.

OPIEKA PRAWNA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI, UMIESZCZONYMI W ZAKŁADZIE PSYCHJATRYCZNYM.

Art. 21.

O każdej osobie, przyjętej do zakładu psychjatrycznego, zawiadamia jego kierownictwo w ciągu 3-ch dni inspektora psychjatrycznego, podając na karcie zawiadomienia wynik pierwszego zbadania chorego.

Art. 22.

Na wypadek czyjejkolwiek skargi lub na wniosek inspektora psychjatrycznego, na wniosek prokuratora lub z własnej inicjatywy prezes Sądu Okręgowego może zarządzić zbadanie, czy zachodzi potrzeba zatrzymania przymusowego danej osoby w zakładzie.

W tym celu prezes wyznacza sędziego okręgowego, sędziego śledczego lub sędziego pokoju (powiatowego) dla przeprowadzenia postępowania, określonego w artykułach następnych. Prezes Sądu Okręgowego może udzielić sędziemu stałej delegacji do sprawowania nadzoru, przewidzianego w art. 22 — 29 nad wszystkiemi lub niektóremi zakładami okręgu danego sądu okręgowego.

O postanowieniu swem prezes zawiadamia inspektora psychjatrycznego oraz prokuratora, który może być obecny przy wszystkich czynnościach tego postępowania.

Skargę oczywiście bezpodstawną prezes pozostawia bez rozpoznania.

Wyznaczony sędzia powołuje w charakterze biegłego lekarza psychjatrę z listy, ustalonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych w sposób, wskazany art. 49, z wyłączeniem jednak lekarza, który wystawił świadectwo (art. 16 i 19), oraz perso-

nelu zakładu, w którym osoba zatrzymana przebywa. W razie niemożności wezwania psychjatry sędzia wzywa jako biegłego lekarza urzędowego.

Art. 23.

Wyznaczony sędzia udaje się najdalej do 3-ch dni od dnia otrzymania polecenia wraz z biegłym do zakładu, w którym osoba zatrzymana przebywa. Sędzia i biegły osobiście przesłuchają tę osobę oraz kierownika zakładu, spisując protokół, poczem sędzia wydaje postanowienie o potrzebie zatrzymania lub natychmiastowem zwolnieniu.

W razie różnicy zdań pomiędzy sędzią a biegłym sprawa przechodzi do rozpoznania do Kolegjum sądowo-psychjatrycznego (art. 48), którego orzeczenie jest ostateczne.

Art. 24.

Jeżeli w toku badania nie można orzec stanowczo o zdrowiu osoby zatrzymanej, albo jeżeli choroba jej jest przemijającą, należy orzec o dopuszczalności pozostawienia jej w zakładzie do określonego terminu, w którym przeprowadzi się ponowne badanie osoby zatrzymanej, stosownie do artykułu poprzedzającego.

Art. 25.

W miarę potrzeby sędzia przeprowadza dochodzenia na zasadach, określonych przez ustawę postępowania karnego dla śledztwa; biegły może być obecny przy czyunościach dochodzenia, o ile to jest potrzebne.

Art. 26.

W postanowieniu w myśl art. 23 sędzia orzeka o dopuszczalności przymusowego umieszczenia chorego w zakładzie. Postanowienie sędziego nie stoi na przeszkodzie zwolnieniu chorego przez władze i osoby, do tego uprawnione.

Art. 27.

Dyrektor publicznego zakładu psychjatrycznego lub upoważniony przezeń zastępca może założyć sprzeciw przeciwko postanowieniu zwalniającemu, jeżeli sądzi, że zwolnienie osoby zatrzymanej grozi niebezpieczeństwem dla niej samej, lub dla otoczenia.

Sprzeciw ten winien być złożony na piśmie z należytem uzasadnieniem. Sprzeciw wstrzymuje wykonanie postanowienia zwalniającego,

Sprzeciw przechodzi bezzwłocznie pod rozpoznanie Kolegjum sądowo-psychjatrycznego.

Uprawnienia te nie przysługują kierownikowi zakładu, który nie posiada zatwierdzenia, przewidziauego w art. 5 p. c.

Art. 28.

W razie postanowienia o zwolnieniu pacjenta z wyjątkiem wypadku, przewidzianego w art. 27. sędzia bezzwłocznie zarządza wykonanie postanowienia i przesyła akta sprawy prokuratorowi przy Sądzie Okręgowym, jeżeli zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa.

Art, 29.

Odpis postanowienia swego sędzia wydaje kierownikowi zakładu oraz osobom i władzom, na których żądanie pacjent został umieszczony w zakładzie, tudzież sądowi właściwemu dla uznania pacjenta za bezwłasnowolnego.

Art. 30.

Postanowienie sędziego może zaskarżyć pacjent, jego rodzina, kierownik zakładu publicznego, oraz władze bezpieczeństwa do Kolegjum sądowo-psychjatrycznego w ciągu 6-ciu miesięcy. Zaskarżenie postanowienia nie wstrzymuje jego wykonania. Kolegjum sąd5wo-psychjatryczne rozpatruje skargę na posiedzeniu niejawnem na podstawie akt,

Kolegjum sądowo-psychjatryczne może orzeczenie swe odroczyć i przeprowadzić postępowanie przy odpowiedniem zastosowaniu art. 23 — 25, delegując w tym celu jednego sędziego i biegłego psychjatrę ze swego grona.

Orzeczenie kolegjum sądowo-psychjatrycznego jest niezaskarżalne. Przepisy art. 28 i 29 mają odpowiednie zastosowanie.

Art. 31.

Przepisy art. 22 — 29 stosują się i do zakładów, nieposiadających prawa publiczności z następującemi zmianami:

a) kierownicy powyższych zakładów zawiadamiają w ciągu 24 godzin o każdym wypadku przyjęcia chorego do zakładu inspektora psychjatrycznego i prezesa Sądu Okręgowego względnie sędziego stale delegowanego w myśl art. 22 ust. 2;

b) wyznaczony sędzia przeprowadza w towarzystwie biegłego wizytację zakładów conajmniej raz na miesiąc;

b) art. 27 nie ma zastosowania.

Art. 32,

Przepisy do art. 22—31 nie mają zastosowania w wypadku umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym na mocy orzeczenia sądu w toku postępowania sądowego.

Art. 33.

Zakłady psychjatryczne prowadzą rejestr osób, przyjętych do zakładu, w którym prócz danych osobistych chorego uwidocznia się dokumenty, na których podstawie nastąpiło przyjęcie do zakładu oraz rodzaj choroby, ustalony przez lekarza zakładu.

Zapisy perjodyczne o przebiegu choroby w czasie pobytu chorego w zakładzie prowadzą lekarze zakładu na kartach szpitalnych wedlug przepisów regulaminu zakładowego.

Art. 34.

Osoba, pomieszczona w zakładzie psychjatrycznym, ma prawo wnosić podania i skargi do władz nadzorczych zakładu oraz do władz sądowych za pośrednictwem kierownictwa zakładu, który przesyła powyższe pisma z wyjaśnieniami i opinją.

Art. 35.

Główny inspektor psychjatryczny, inspektor psychjatryczny, prokurator, prezes sądu okręgowego lub sędzia przezeń wyznaczony mają przy wykonywaniu czynności urzędowych prawo odwiedzania zakładu psychjatrycznego o każdej porze dnia i nocy, prawo przesłuchiwania chorych, badania ich skarg i zażaleń, jak również prawo wglądu do rejestrów i kart szpitalnych zakładu o każdym czasie, kiedy tego zażądają.

Art. 36.

Kierownictwo zakładu psychjatrycznego ma obowiązek zawiadomić bezzwłocznie właściwego prokuratora o każdem przestępstwie, popełnionem w zakładzie, o każdym, podpadającym pod przepisy prawa karnego, wypadku wyrządzenia

krzywdy osobistej choremu przez złe obchodzenie się z nim, przed oddaniem do zakładu lub w czasie pobytu w zakładzie, o każdym wypadku śmierci nienaturalnej chorego, która nastąpiła w zakładzie, w szczególności także o budzących wątpliwości przypadkach śmierci, która nastąpiła w pierwszych dniach po przybyciu chorego do zakładu.

O każdym wypadku śmierci chorego w zakładzie psychjatrycznym winien być zawiadomiony inspektor psychjatryczny przy równoczesnem podaniu przyczyny zgonu.

Art. 37.

Dla zawiadywania sprawami bieżącemi lub związanemi z zawodem osoby psychicznie chorej, pomieszczonej w zakładzie psychjatrycznym, dla której sąd nie ustanowił jeszcze opiekuna, doradcy lub kuratora, tudzież dla opieki nad nią i nad jej rodziną, osobie psychicznie chorej może być przydany opiekun tymczasowy, którego czynności ustają, gdy właściwy sąd ustanowił nad nią opiekę.

Opiekunów tymczasowych powołuje na wniosek osób i władz, wymienionych w art. 15 niniejszego rozporządzenia, lub na wniosek kierownika zakładu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania chorego sąd pokoju (powiatowy), bądź z pośród krewnych, powinowatych lub przyjaciół osoby chorej, przedstawionych.—o ile to możliwe, przez samą osobę chorą, bądź z pośród osób, przedstawionych przez towarzystwo opieki nad psychicznie chorymi, lub, gdzie takich towarzystw niema, z pośród osób, przedstawionych przez miejscowe związki opieki społecznej.

Opiekunowie tymczasowi otrzymują, po zaprzysiężeniu ich przez sędziego pokoju (powiatowego), dekret, upoważniający ich do wykonywania opieki nad osobą psychicznie chorą i do zastępowania jej przy załatwianiu spraw bieżących lub wynikających z zawodu. Opiekunowi tymczasowemu nie przysługuje prawo aljenacji nieruchomości, ich obciążania oraz podejmowania kapitałów powyżej 1.000 zlotych.

Rozdział V.

OPIEKA PRAWNA NAD OSOBAMI PSYCHICZNIE CHOREMI, PIELĘGNOWANEMI WE WŁASNEJ RODZINIE LUB U OSÓB TRZECICH.

Art. 38.

Psychicznie chorzy mogą pozostawać pod opieką rodziny, o ile to nie jest połączone z niebezpieczeństwem dla samego chorego lub jego otoczenia, oraz dla mienia albo porządku publicznego. O każdym jednak przypadku, połączonym z ograniczeniem wolności osobistej, winien być zawiadomiony lekarz urzędowy, właściwy ze względu na miejsce pobytu chorego.

Lekarz, który zawiadomienie otrzyma, ma obowiązek sprawdzić, czy chory jest otoczony należytą opieką i powiadomić o tem inspektora psychjatrycznego.

Art. 39.

Osoby prywatne, nienależące do rodziny, które przyjmą u siebie osobę psychicznie chorą, mają obowiązek zawiadamiać o tem lekarza urzędowego i podlegają jego nadzorowi.

Rozdział VI.

ZWALNIANIE Z ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO.

Art. 40.

Osoby, przyjęte do zakładu psychjatrycznego, podlegają natychmiastowemu zwolnieniu, skoro po obserwacji i badaniu nie zostały uznane za psychicznie chore,

jak również i w tym wypadku, kiedy choroba, która spowodowała ich umieszczenie, została wyleczona.

Osoby niewyleczone, co do których kierownictwo zakładu uzna, że stan ich zdrowia na to zezwala, mogą być oddawane pod opiekę osób i władz, do tego uprawnionych (art. 15), które winny złożyć pisemną deklarację, że będą się opiekować chorym i czuwać nad jego postępowaniem.

Art. 41.

W przypadku, kiedy uprawnione do tego osoby lub władze zażądają zwolnienia z zakładu osoby psychicznie chorej, co do której zachodzi obawa, że pozostawienie jej poza zakładem grozi niebezpieczeństwem dla niej samej lub osób otaczających, dla mienia lub porządku publicznego, kierownik zakładu psychjatrycznego odmawia ich żądaniu, zawiadamiając strony, że mają się odnieść do wojewody, który po zbadaniu sprawy może zarządzić dalsze zatrzymanie chorego. Od decyzji wojewody przysługuje zainteresowanym prawo odwołania się do kolegjum sądowo-psychjatrycznego, którego orzeczenie jest ostateczne.

Rozporządzenie wykonawcze określi sposób ponoszenia kosztów, wynikających z zastosowania niniejszego artykułu.

Kierownictwo zakładu psychjatrycznego zawiadomi bezzwłocznie inspektora psychjatrycznego o każdym wypadku wyzdrowienia osób, umieszczonych w zakładzie z urzędu.

Art. 42.

Osoba psychicznie chora, która opuszcza zakład samowolnie, może być przyjęta z powrotem, z pominięciem zwykłych formalności przyjęcia, o ile powrót jej do zakładu nastąpi przed upływem miesiąca od chwili opuszczenia zakładu.

Po upływie tego terminu przyjęcie do zakładu odbywać się będzie zwykłą drogą.

Rozdział VII.

OBSERWACJA PSYCHJATRYCZNA OSÓB, PODEJRZANYCH O CHOROBY PSYCHICZNE. PSYCHICZNIE CHORZY PRZESTĘPCY.

Art. 43.

Prócz przypadków, przewidzianych w prawie karnem i cywilnem, mogą być pomieszczeni w zakładzie psychjatrycznym, celem zbadania ich stanu psychicznego, także więźniowie odbywający kary, wychowańcy zakładów przymusowego wychowania, osoby oddane do domów pracy przymusowej, wojskowi oraz funkcjonarjusze policji na wniosek władz przełożonych.

Prawo do umieszczenia na obserwacji w przypadkach podejrzeń o anormalność psychiczną osób, które ze względu na zajmowane stanowisko mogą stać się przyczyną niebezpieczeństwa publicznego, przysługuje także administracji ogólnej. W stosunku do pracowników służby ruchu na kolejach prawo to przysługuje przełożonej władzy kolejowej.

Wniosek o umieszczenie na obserwacji winien być uzasadniony orzeczeniem lekarskiem.

Przy umieszczeniu w publicznym zakładzie psychjatrycznym dla celów obserwacji sądowo-psychjatrycznej osób, pozostających pod zarzutem dokonania czynu występnego, decyzja właściwej władzy sądowej usuwa potrzebę zachowania formalności, o których mowa w art. 16 niniejszego rozporządzenia.

Art. 44.

Psychicznie chorzy przestępcy po uznaniu ich za niepoczytalnych i po umorzeniu wdrożonego przeciw nim postępowania karnego, jeżeli sąd uzna pozostawienie ich na wolności za niebezpieczne, zostaną przez sąd umieszczeni przymusowo w zakładzie psychjatrycznym. Nie mogą oni być zwolnieni z zakładu przed upływem roku od chwili ich internowania.

Kierownik Zakładu, jesli uzna, że dalsze ich internowanie nie będzie uzasadnione, wystąpi do sądu, który orzekł internowanie, z umotywowanym wnioskiem zwolnienia.

To samo prawo przysługuje prokuratorowi, właściwemu ze względu na sąd, który zarządził internowanie: prokurator stawia wniosek z urzędu lub na prośbę osób zainteresowanych, o ile prośbę tę uzna za uzasadnioną.

Sąd postanawia na posiedzeniu niejawnem po wysłuchaniu prokuratora i biegłego, a jeśli wniosek był postawiony przez prokuratora, także po zasiągnięciu opinji kierownika zakładu.

Art. 45.

Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości może określić do których zakładów mają być kierowane osoby psychicznie zwyrodniałe, szczególnie niebezpieczne dla otoczenia.

Rozdział VIII.

WŁADZE NADZORCZE I ICH ORGANA.

Art. 46.

Minister Spraw Wewnętrznych sprawuje naczelny nadzór w zakresie opieki nad psychicznie chorymi na obszarze Rzeczypospolitej.

Organem fachowym Ministra Spraw Wewnętrznych w tych sprawach jest Główny Inspektor Psychjatryczny, którym będzie mianowany lekarz psychjatra.

Art. 47.

W obrębie województwa (m. st. Warszawy) nadzór w zakresie opieki nad psychicznie chorymi należy do Wojewody (Komisarza Rządu), których organami fachowemi są inspektorzy psychjatryczni.

Na stanowisko inspektora psychjatrycznego winien być powołany lekarz-psychjatra.

Art. 48.

Przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych tworzy się kolegjum sądowo-psychjatryczne, złożone z 4-ch członków i 2-ch ich zastępców, powołanych na okres 3-letni. Dwóch członków i ich 2-ch zastępców powołuje ogólne zgromadzenie sędziów Sądu Najwyższego z grona sędziów tegoż sądu, a dwóch członków lekarzy-psychjatrów i ich 2-ch zastępców powołuje Minister Spraw Wewnętrznych.

Kolegjum wybiera ze swego grona jednego z sędziów na przewodniczącego. Kolegjum sądowo-psychjatryczne jest właściwe w przypadkach, przewidzianych w niniejszym rozporządzeniu.

Wszyscy członkowie kolegjum są w wykonywaniu swego urzędu niezawiśli.

Regulamin, wydany przez Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określi szczegółowo organizację i tryb postępowania Kolegjum sądowo-psychjatrycznego,

Art. 49.

Przy Ministrze Spraw Wewnętrznych urzęduje Rada psychjatryczna, w skład której wchodzą: główny inspektor psychjatryczny, jako przewodniczący, oraz psychjatrzy, wchodzący w skład Kolegjum sądowo-psychjatrycznego, jako członkowie i zastępcy.

Rada psychjatryczna wydaje opinje w zasadniczych sprawach, dotyczących opieki nad psychicznie chorymi, oraz w sprawie listy rzeczoznawców psychjatrycznych, którą ustala Minister Spraw Wewnętrznych.

Rozdział IX.

POSTANOWIENIA KARNE I ODWOŁAWCZE.

Art. 50.

Kto otworzy zakład psychjatryczny lub w szpitalu ogólnym oddział dla psychicznie chorych bez zezwolenia właściwych władz, tudzież kierownik, który nie prześle skarg, przewidzianych w art. 33, oraz zawiadomienia, przewidzianego w art. 31 p. a) niniejszego rozporządzenia, choćby z winy nieumyślnej, karany będzie w drodze sądowej, aresztem do 6-ciu tygodni i grzywną do 3-ch tysięcy złotych, lub jedną z tych kar.

Właściwym sądem jest Sąd Okręgowy.

Art. 51.

a) Osoby prywatne, winne przekroczenia przepisów niniejszego rozporządzenia (art, 38 i 39), oraz przepisów, na jego podstawie wydanych, o ile czyny ich nie stanowią przestępstwa surowiej karanego, — karane będą w drodze administracyjnej grzywną do tysiąca złotych, lub karą aresztu do 6-ciu tygodni.

Kary grzywny i aresztu mogą być wymierzone łącznie.

b) Orzeczenia karne wydają powiatowe władze administracji ogólnej. Od orzeczeń tych można wnieść w ciągu 14-tu dni, licząc od dnia następującego po dniu doręczenia orzeczenia, na ręce władzy, która orzeczenia wydała, odwołanie do właściwego sądu Okręgowego, który rozpoznaje sprawy w ostatniej instancji, przy odpowiedniem stosowaniu przepisów, dotyczących odwołań od wyroków sądów pokoju (powiatowych).

Sąd Okręgowy nie może w razic uchylenia orzeczenia przekazać sprawy władzy administracyjncj do ponownego rozpatrzenia.

Wniesienie odwołania nie wstrzymuje ściągnięcia kary grzywny, jednak kary aresztu nie można wykonać przed uprawomocnieniem się orzeczenia.

Na obszarze Województw: Pomorskiego i Poznańskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów.

Rozdział X.

POSTANOWIENIE PRZEJŚCIOWE I WYKONAWCZE.

Art. 52.

Istniejące zakłady psychjatryczne, nie posiadające prawa publiczności, ulegają zamknięciu, jeżeli nie uzyskają w ciagu jednego roku, licząc od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, prawa publiczności lub koncesji.

Art. 53.

Na obszarze Województw: Lwowskiego, Krakowskiego, Tarnopolskiego i Stanisławowskiego — miasta, liczące ponad 25.000 mieszkańców, będą uważane za miasta wydzielone w rozumieniu niniejszego rozporządzenia.

Art. 54.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie w sześć miesięcy, licząc od dnia ogłoszenia i obowiązuje ua całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem Województwa Śląskiego.

Art. 55.

Wykonanie niniejszego roporządzenia powieıza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami.

Art. 56.

Uchyla się wszelkie obowiązujące przepisy, dotyczące przedmiotów, unormowanych niniejszem rozporządzeniem, które nie zmienia uprawnień, przysługujących Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej po myśli art. 2 p. c. ustawy o opiece społecznej z dnia 16.VIII. 1923 (Dz. U. R. P. Nr. 92, poz. 726) w zakresie opieki nad nieuleczalnie chorymi, upośledzonymi umysłowo i wogóle nad niezdolnymi do pracy.

SPRAWOZDANIE Z VII-GO ZJAZDU PSYCHJATRÓW POLSKICH

W KOCBOROWIE

w dniach 4, 5, 6 czerwca 1927.

I DZIEŃ ZJAZDU.

Zjazd powitał dyrektor Zakładu w Kocborowie dr. Kryzan, podkreślając znaczenie odbycia Zjazdu właśnie na Pomorzu, jako jeszcze jedno stwierdzenie polskości tej ziemi.

Tematem głównym I-go dnia była psychoza manjakalno-depresyjna. Referaty wygłosili: dr. Chłopicki: „Kliniczne granice psychozy manjakalno-depresyjnej"; doc. Morawski: „Stany manjakalno-depresyjne objawowe"; dyr. Łuniewski: „Psychoza szałowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej"; dr. Stryjeński; „Stany przygnębienia wieku podeszłego"; i dr. Matecki: „O heterogennych pierwiastkach urojeniowych w stanach depresyjnych psychozy manjakalno-depresyjnej".

II DZIEŃ ZJAZDU.

Referaty luźne wygłosili: dr. Swietłow: „Zaburzenia psychiczne w gigantyzmie" (z pokazem przypadku); dr. Dreszer: „Metoda szybkiego barwienia gleju"; dr. Medem: „O różnych zespołach odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych i nerwowych i ich znaczeniu rozpoznawczem"; dr. Wichert: „O zaburzeniach anatomicznych w przebiegu gruźliczego zapalenia opon". Referaty na temat główny II-go dnia wygłosili: dr. Rozenblumówna: „Zakres kliniczny anomalji charakteru dziecięcego"; dr. Sterling: „Eudokrinologja oligofrenji"; dr. Stefanowicz-Moskiewiczowa: „Selekcja dzieci upośledzonych umysłowo"; dr. Grzegorzewska: „Stan opieki i wychowania dzieci anormalnych w Polsce i Zagranicą" (odczytany przez dra Sterlinga) i dyr. Śliwiński: „Psychopatologja dziecka". W dalszym przebiegu II-go dnia odbył się odczyt prof. Borowieckiego: „Epidemia psychiczna w Słupi" i dr. Nelkena: „Niepamięć wsteczna po postrzale głowy, zabójstwo i samobójstwo".

III DZIEŃ ZJAZDU.

W III dniu, poświęconym psychjatrji społecznej, odbyły się referaty dyr. Łuniewskiego: „Projekt ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, opracowany w departamencie Zdrowia"; i dra Bednarza: „Rys programu rozbudowy opieki zakładowej nad psychicznie chorymi w Państwie Polskiem".

Następnie przyjęto wniosek delegatów zakładów psychjatrycznych w sprawie utworzenia sekcji zawodowo-psychjatrycznej przy Towarzystwie Psychjatrycznem;

zdecydowanie składu sekcji powierzono wnioskodawcy d-rowi Bednarzowi i zwrócono się do doc. Morawskiego z prośbą o napisanie memorjału uzasadniającego tę sprawę.—Pozatem odczytano wnioski d-ra Deresza w sprawie opieki psychjatrycznej pozazakładowej. Jako tematy główne przyszłego Zjazdu uchwalono: I dzień — padaczka; II dzień—psychjatrja społeczna, sprawa pielęgniarska; III dzień — rezerwa dla wyczerpania tematów głównych ew. referaty luźne. Termin przyszłego Zjazdu Zielone Świątki 1928. Miejsce Zjazdu wyznaczy Zarząd Towarzystwa.

Podczas I i II-go dnia Zjazdu odbywało się zwiedzanie Zakładu dla psychicznie chorych w Kocborowie, bodaj że najpiękniejszego i najlepiej zorganizowanego w Polsce. Uczestnikom Zjazdu imponowały zwłaszcza najnowsze urządzenia techniczne i gospodarcze, doskonałe rozplanowanie i organizacja zakładu, obszerne i umiejętnie prowadzone gospodarstwo rolne, dobrze rozwinięty dział pracy chorych, wspaniałe bibljoteki naukowe i dla chorych, obszerna pracownia, Roentgen, sala sekcyjna.

Urządzona podczas zjazdu wystawa prac chorych, jak również i organizacja pracy w warsztatach, na terenie zakładu i na roli wykazały, jak dużą wagę przywiązuje personel lekarski zakładu do stosowania pracy, jako środka leczniczego. W II dniu Zjazdu odbyło się Walne Zebranie Towarzystwa Psychjatrycznego, a następnie odbył się bankiet dla uczestników Zjazdu, urządzony przez zakład łącznie z Starostwem Krajowem, urozmaicony tańcami i produkcjami muzycznemi. W III dniu Zjazdu odbyła się zajmująca wycieczka samochodowa do Kartuz po malowniczej Szwajcarji Kaszubskiej, urządzona także staraniem dyrekcji Zakładu w Kocborowie.

Po zakończeniu Zjazdu uczestnicy z żalem opuszczali zakład, zachowując w wdzięcznej pamięci miłe chwile zjazdowe, które zawdzięczali prawdziwie staropolskiej gościnności i uprzejmości gospodarzy.

VII POLSKI KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY.

Zorganizowany przez tak zaszczytnie znanego na tem polu działacza, redaktora Jana Szymańskiego, odbył się w Warszawie w dniach 13 — 14 listopada r. z. W kongresie, wpośród blizko 800 uczestników, brali udział: R. Hercod z Lozanny, dyrektor międzynarodowego biura dla walki z alkoholizmem, prof. Gantkowski i wielu innych.

Ze wszech miar udany kongres poprzedzony był w dniach 8 — 12 listopada drugim kursem przeciwalkoholowym, urządzonym przez Państwową Szkołę Higjeny wraz z polskiem Towarzystwem „Trzeźwość". O potrzebie tych kursów świadczył liczny udział słuchaczów (przeszło 300), wśród których byli lekarze powiatowi, delegaci władz samorządowych, higjeniści szkolni, nauczyciele, kolejarze i t. d.

VIII ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH.

Odbędzie się w dniach 27, 28. i 29 maja r. b. w Warszawie. Dwa pierwsze dni Zjazdu poświęcone będą tematom ogólnym, zaś trzeci dzień Zjazdu przeznaczony został na luźne odczyty.

W pierwszym dniu Zjazdu omówiona zostanie sprawa *padaczki* w porządku następującym:

1. Dziedziczność w padaczce—Doc. Dr. Morawski (Kobierzyn).

Konstytucja w padaczce—Doc. Dr. Zieliński (Kraków).

3. Anatomja patologiczna padaczki—prof. Dr. M. Minkowski (Zürich)
4. Zmiany architektoniki mózgowej w padaczce—Dr. Rose (Berlin)
5. Klinika padaczki cielesnej—prof. Dr. Orzechowski (Warszawa)
6. Klinika padaczkowych zaburzeń psychicznych — prof. Dr. Piltz (Kraków).
7. Pogranicza padaczki—Dr. Wł. Sterling (Warszawa).
8. Leczenie padaczki—Dr. L. Łuka (Kraków).
9. Sądowo-psychjatryczne znaczenie padaczki—Pułk. dr. J. Nelken (Warszawa).

W drugim dniu Zjazdu omówiona będzie sprawa: *Pielęgniarstwa psychjatrycznego i opieki nad psychicznie choremi* w porządku następującym:

1. Rola służby pielęgniarskiej w zakładzie psychjatrycznym. — doc. Dr. Morawski (Kobierzyn).
2. Dobór personelu pod względem psychotechnicznym — inż. Wojciechowski (Warszawa).
3. Program wyszkolenia personelu psychjatrycznego—dr. Dębowski (Warszawa).
4. Organizacja pracy pielęgniarskiej w zakładach psychjatrycznych — Dyr. Dr. Piotrowski (Dziekanka).
5. Organizacja pracy pielęgniarskiej pozazakładowej—p. Babicka (Warszawa).
6. Projekt Ustawy o wykonywaniu praktyki pielęgniarskiej — p. Babicka (Warszawa).
7. Opieka otwarta nad psychicznie chorymi.—Dr. W. Chodźko (Warszawa).
8. Uwagi o rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad psychicznie chorymi—Dyr. Dr. Łuniewski (Tworki).

Z odczytów luźnych zgłoszono dotąd tylko dwa: Dr. Świderkówna (Warta) „O leczeniu gorączkowem epilepsji swoistej" i Drzy. A. Wizel i R. Markuszewicz „Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą".

Zjazd poprzedzony zostanie odczytem inauguracyjnym prof. Radziwiłłowicza z Wilna o „Roli układu roślinnego w zaburzeniach psychicznych".—Podczas Zjazdu odbędzie się Walne Zgromadzenie polskiego Towarzystwa psychjatrycznego. Zgłoszenia odczytów kierować należy do dnia 1 kwietnia r. b. na ręce przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Zjazdu prof. J. Mazurkiewicza (Klin. Psychjatryczna Uniwer. Warszawskiego Konwiktorska 7). Zgłoszenia uczestnictwa przyjmuje do dnia 1 kwietnia b. r. przewodniczący Komitetu Gospodarczego Zjazdu—dr. T. Łapiński (Szpital Św. Jana Bożego — Bonifraterska 12). Wkładka dla uczestników Zjazdu wynosi 20 zł.

POLSKA BIBLJOGRAFJA PSYCHJATRYCZNA ZA ROK 1927.

PISMA

Rocznik psychjatryczny.

Zeszyt V-ty.

W. Stryjeński. Współczesne poglądy na schizofrenję.
W. Sterling. Związek schizofrenji z wydzielaniem wewnętrznem.
G. Bychowski. Schizofrenja w świetle psychoanalizy.
M. Bornsztajn. Stanowisko kliniczne schizofrenji i nowa teorja jej patogenezy.
M. Bornsztajn. Hipochondryczna (samotopsychiczna) postać schizofrenji.
M. Zieliński. Wzruszenia u schizofreników.
W. Matecki. i H. Szpidbaum. Typy psychofizyczne w świele własnych badań.
W. Medyński. Konstytucja w schizofrenji.
E. Wilczkowski. Badanie konstytucyjnych serologicznych grup krwi u schizofreników i porażeńców postępnjących.
A. Sikorska. Zaburzenia równowagi rozpyłkowej w surowicy schizofreników.
A. Sikorska. Schizofrenja w świetle niektórych badań serologicznych.
E. Brzezicki. Nowsze badania anatomo-patologiczne mózgu schizofreników zę szczególnem uwzględnieniem jąder podkorowych.
E. Czajkowskt. O leczeniu gorączkowem schizofreników
W. Medyński. Twórczość artystyczna w schizofrenji.

Zeszyt VI.

E. Załęski. Zagadnienie dziedziczenia nabytych własności w hodowli roślin.
J. Morawski Badania nad dziedzicznością w patologji ludzkiej.
S. Borowiecki. Stan obecny nauki o dziedziczności w psychjatrji.
B. Siwiński. Porażenie postępujące a dziedziczność w Polsce.
J. Bednarz. Obecny stan opieki lekarskiej nad psychicznie chorymi.
S. Deresz. Opieka nad umysłowo—chorymi a społeczeństwo polskie.
L. Zarzycki. O postępowaniu detencyjnem i kuratelarnem nad umysłowo chorymi w Polsce.
H. Jankowska. Przypadek psychozy urojeniowej w przebiegu parkinsonizmu pośpiączkowego.
W. Kamiński. Badania nad pamięcią szeregu postrzeżeń.
J. Handelsman i W. Bobrowska. Znaczenie rozpoznawcze badania uwagi w chorobach psychicznych.
M. Bornsztajn. Nowy przyczynek do t. zw. „schizothymia reactiva".
R. Dreszer. Metoda szybkiego barwienia gleju.

Nowiny psychjatryczne.

R. Radziwiłłowicz. Drogi i bezdroża psychjatrii współczesnej.
E. Minkowski Zaburzenia dynamizmu psychicznego: ich interpretacja psychologiczna
A. Piotrowski. Zasady organizacji spraw psychjatrycznych.
J. Bonasera. Konstytucja u frenasteników.
K. Sągin i S. Oberc. Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego.
M. Buscaino. Z prac najnowszych o etjologji i patogenezie otępienia wczesnego.
E. Brzezicki. O nowszych poglądach Bleulera na schizofrenję.
R. Radziwiłłowicz. Projekt zakładu psychjatrycznego pod Wilnem.
A. Wirszubski, Odruchy względne.
A. Piotrowski. Kilka uwag korygujących niektóre błędy liczbowe w referacie dr. J. Bednarza.
W. Januszewski. Wzrost ilości przyjęć alkoholików.
A. Piotrowski. Spostrzeżenia psychjatryczne z Czechosłowacji.
J. Fox. Śp. dyr. dr. R. Zagórski.
A. Piotrowski. Śp. dr. W. Skoczyński.
Z Zakładów Psychjatrycznych w Polsce: T. Łapiński. Szpital Jana Bożego.
J. Morawski. Zakł. Psych. Kobierzyn. W. Łuniewski Zak. Psych. Tworki.
A. Piotrowski. Zakł. Psych. Dziekanka.
Sprawozdanie z VII-go Zjazdu Psychjatrów Polskich w Kocborowie.

Warszawskie czasopismo lekazskie.

E. Herman. Fizjopatologja przysadki mózgowej oraz dna III-ej komory.
N. Zandowa. Teorja ruchu w świetle współczesnych poglądów.
G. Bychowski. Współczesny stan nauki o morfinizmie.
S. Bau-Prussakowa i L. Prussak. O przepuszczalności ośrodkowej barjery nerwowej w chorobach umysłowych i nerwowych.
A. Wizel i R. Markuszewicz. Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą.
M. Bornsztajn. Emil Kraepelin (wspomnienie).
W. Medyński. Ż zagadnień psychologji lekarskiej.
G. Bychowski. Omamy wzrokowe w przypadku ślepoty zupełnej.
Rozenblumówna i Bychowski. Przypadek niezwykłych zaburzeń psychicznych pośpiączkowych u 10-ego chłopca.

Szkoła specjalna.

J. Segał. Ekonomja i technika pracy pamięciowej.
F. Łuniewska. Dziecko psychopatyczne.
M. Grzegorzewska. Głuchoniemi.

Medycyna doświadczalna i społeczna.

N. Zylberlast-Zandowa. Badania doświadczalne nad przepuszczalnością opon w stanie zapalnym.
W. Terajewicz. Badania nad gruźlicą w Państwowym zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

Nowiny lekarskie.

F. Dębski. Dane statystyczne o chorych na porażenie postępujące, leczonych w Kobierzynie.
A. Wirszubski. Opieka rodzinna nad umysłowo-chorymi w Wileńszczyźnie

Gazeta administracji i policji państwowej.

J, Nelken. Zarys psychologji zeznań.
K. Chodkiewicz. Zabobon a przestępstwo.
K. Chodkiewicz. Złudzenia zmysłowe.
W. Grzywo Dąbrowski. Dzieciobójstwo i t. d.
J, Łagoda. Statystyka zamachów samobójczych.

Lekarz Wojskowy.

N. Zandowa. Histerja ze stanowiska teorji Freuda.

Neurologja polska.

J. Nelken. Przypadek gruźlicy ogólnej z ostro zapoczątkowaną psychozą Korsakowa niewyjaśnionego pochodzenia.

Polskie archiwum psychologji.

M. Grzegorzewska. Struktura wyobrażeń surogatowych u niewidomych.
A. Stefanowicz-Moskiewiczowa. Selekcja dzieci podejrzanych o niedorozwój umysłu.
M. Wawrzynowski. Kilka spostrzeżeń nad zachowaniem się dzieci norm. i nienormalnych w stosunku do siebie.
M. Studencki. Psychotechnika a psychologja ogólna.
M. Strasburger. Rozwój uczuciowy młodocianej pracownicy.
S. Błachowski. Badania z zakresu rozwoju pamięci liczb i zdolności rachunkowych.

Opieka nad dzieckiem.

Kowalczyk. O alkoholizmie wśród dzieci.
Klęsk. Dziecko ulicy.
Klęsk. Opieka nad dzieckiem upośledzonym.
Kon. Z psychologji dziecięcej.
Nowiński. Czynnik psychiczny w rozwoju niemowląt.

Zagoduienia rasy.

A. Rondthaler. Psychologja indywidualna w szkole.

Kwartalnik kliniczny.

E. Flatau. O znaczeniu rozpoznawczem chromoneuroskopowej próby fuksynowej w chorobach nerwowych.

Polska Gazeta Lekarska.

Bechterew. O badaniu symulacji za pomocą wykształcenia odruchów kojarzeniowych.
Berezowski. Kilka słów o osobowości psychopatycznej i t. d.
Laignel-Lavastine. O metodzie koncentrycznej w rozpoznawaniu psycho-nerwic.
Mitkus. Psychozy poporodowe.
Sikorska. Zaburzenia równowagi rozpyłkowej wogóle i w chorobach psychicznych.
Jarkowski. O obawach chorobowych i ich zwalczaniu.
Stępowska. O dyslalji sensorycznej.
Zieliński. Wzruszenia u schizofreników.

Książki.

Alkohologja cz. I pod red. R. Radziwiłłowicza, zawiera:
B. Duchowicz. Chemja alkoholu. Klecki. Działanie alkoholu na organizm ludzki. R. Radziwiłłowicz. Psychologja i psychopatologja alkoholizmu. Gantkowski. O leczeniu alkoholików. R. Hercod. Historja ruchu przeciwalkoholowego. M. Hornowska. Alkoholizm jako zagadnienie wychowania moralnego.
F. Baumgarten. Kłamstwa dzieci i młodzieży. Warszawa.
O. Bielawski. O zbrodni i zbrodniarzu. Dodatek do Nowin Psychjatrycznych.
G. Bychowski. Psychoanaliza. Lwów—Warszawa.
R. Markuszewicz. Psychoanaliza i jej znaczenie lecznicze. War. Kalendarz Lekarski.
J. Morawski. Choroby psychiczne oraz zasady walki z niemi w popularuym zarysie. Kraków.
J. Morawski. Sprawozdanie roczne z Państw. Zakładu Psychjatr. „Kobierzyn" za r. 1926. Kraków.
J. Nelken. Orzeczenia sądowo-lekarskie. Warszawa.
W. Sterling. Terminologja, sposoby wywoływania i znaczenie rozpoznawcze ważniejszych ohjawów neurologicznych. Warsz. Kalendarz Lekarski.
L. Wachholz. Alkoholizm a przestępstwo. Kraków.
L. Wachholz. O zaburzeniach umysłowych u dzieci i młodzieży. Kraków.
R. Węgłowski. Następstwa uszkodzeń traumatycznych czaszki i ich leczenie. Referat Zjazdowy IV-go Kongresu Med. i Farmacji Wojs. 1927 r.

Ś. P. Dr. WINCENTY SKOCZYŃSKI.

W dn. 13. VIII 1927 r. umarł w Poznaniu w 62-im roku życia wybitny neurolog *dr. Wincenty Skoczyński.* Przez szereg lat był lekarzem — prymarjuszem w uniwersyteckiej klinice neurologiczno-psychjatrycznej Charitê w Berlinie, skąd wyniósł głębokie doświadczenie i gruntowną wiedzę. W Poznaniu, gdzie od 1907 r. zajmował się praktyką lekarską, cieszył się wielkiem powodzeniem i zaufaniem, jako wyborny djagnosta i wytrawny konsultant w cierpieniach układu nerwowego. Po

za neurologją interesował się również i psychjatrją, której poświęcił swą dysertację doktorską („Beitrag zur Kenntuiss der Sprachbewegungshalluzinationen und ihrer Beziehungen zum Gedankenlautwerden“) oraz bardzo ciekawy odczyt „o zespole Korsakowa w nagminnem zapaleniu mózgu“ wygłoszony na II Zjeździe Psychjatrów Polskich w Poznaniu. *W. S.*

ANTONI HEVEROCH †

Dnia 2 marca 1927 r. Zmarł w Pradze w 58 roku życia jeden z najwybitniejszych przedstawicieli współczesnej psychatrji Czeskiej, profesor A. Heveroch, który był autorem bardzo wielu prac z zakresu neurologji, psychjatrji, filozofji i pedagogiki, był dyrektorem zakładu psychjatrycznego w Pradze i profesorem psychjatrji na Uniwerstytecie Czeskim. Był on też założycielem i prezesem towarzystwa badań psychoneurologicznych imienia Purkinjc'ego (Purkynora spolicnost pro studjum duse a nerostra).

Do więcej znanych należą prace Heverocha z zakresu afazji, agnozji; apraksji. W ostatnich latach swego życia Heveroch poświęcił wiele energji pracom organizacyjnym. Heveroch stał się pionierem współczesnych myśli psychjatrycznych w Czechach i wywarł duży wpływ na współczesne pokolenie lekarzy czeskich.

W. Ł.

WŁODZIMIERZ BECHTEREW †

W styczniu r. b. zmarł w Leningradzie *Włodzimierz Bechterew,* uczony o zdumiewającej płodności i niezwykłej wszechstronności umysłu, który ogarniał wszystkie niemal dziedziny patologji układu nerwowego w sposób indywidualny, począwszy od zagadnień neurologji eksperymentalnej aż do doświadczeń natury czysto psychologicznej. Przez długie lata jego podstawowa monografja wydana po niemiecku p. t. „Die Leitungsbahnen“ była dla kilku pokoleń jednem z cenniejszych źródeł poznania zawiłej budowy i przebiegu szlaków mózgowo-rdzeniowych. Wykształcił całą plejadę pracowników, którzy pod jego kierunkiem i z jego natchnienia rozwiązywali różnorodne problematy natury neurobiologicznej. Ogarniał on, jak niewielu współczesnych, cały niemal obszar zagadnień neurologji klinicznej, z których niektóre sam stworzył, a liczne inne swemi własnemi spostrzeżeniami rozszerzył i pogłębił. Dość przypomnieć prace jego nad pęczkami rdzeniowemi i ich znaczeniem dla kliniki nad odruchami stopowemi, nad zniekształcającem zapaleniem kręgosłupa, nad psychonerwicami. W pracy swej o t. zw. hemitonji udarowej na cały szereg lat przed poznaniem przez nas mechanizmu zespołów spiączkowych oraz zespołu amyostatycznego—opisał on, wyodrębnił i rozpoznał właściwie po raz pierwszy swoisty kompleks natury pozapiramidowej. Koronę wszakże jego twórczości naukowej stanowią dwa ostatnie dziesięciolecia jego pracy, które poświęcił ugruntowaniu stworzonej przezeń *refleksologji* oraz t. zw. *psychologji objektywnej*, mającej niepoślednie znaczenie dla psychopatologji i otwierającej dla rozwoju psychologji i psychofizjologji zupełnie nowe perspektywy. Był to umysł nawskroś twórczy, któremu w roku ubiegłym jubileuszowym w olbrzymiej dwutomowej książce wydanej przez jego uczniów złożył hołd długi szereg uczonych europejskich i amerykańskich. Dla Polski i jej nauki żywił zmarły badacz zawsze wielką życzliwość, której niekłamany wyraz dał na I międzynarodowym Zjeździe Neurologów, Psychjatrów i Psychologów w Amsterdamie. *W. S.*

OD ADMINISTRACJI „ROCZNIKA PSYCHJATRYCZNEGO."

1. „Rocznik Psychjatryczny" wychodzi w nieregularnych odstępach czasu, w 2-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 20 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych., opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 20 zł. rocznie, otrzymuje „Rocznik psychjatryczny".

3. Rękopisy, pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora: Klinika Psychjatryczna Uniw. Warsz., Konwiktorska 7 w Warszawie. Prace są drukowane możliwie w kolejności ich złożenia w redakcji, jedak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu.

4. Autorowie winni dołączać do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 15 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa; większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografje będą wykonywane na koszt własny autorów.

ERRATUM.

Na str. 273 zamiast „Rozporządzenie Prezydenta" czytaj: Projekt Rozporządzenia Prezydenta.

SPIS RZECZY, ZAWARTYCH W VII-ym ZESZYCIE.



TABLE DES MATIERES.

